

Санкт-Петербургская психиатрическая БОЛЬНИЦА св. Николая Чудотворца



ТОМ

I

ИСТОРИЯ

КОМИТЕТ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ ПРАВИТЕЛЬСТВА САНКТ-ПЕТЕРБУРГА
ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА СВ. НИКОЛАЯ ЧУДОТВОРЦА
КАФЕДРА ПСИХИАТРИИ СЗГМУ ИМ. И.И. МЕЧНИКОВА



Санкт-Петербургская психиатрическая БОЛЬНИЦА св. Николая Чудотворца

К 140-летию

ТОМ I

ИСТОРИЯ

Санкт-Петербург
2012

ББК 51.1(2)
С18

С18 **Санкт-Петербургская психиатрическая больница св. Николая Чудотворца. К 140-летию. Том I. История.** — СПб.: «Издательско-полиграфическая компания «КОСТА», 2012. — 584 с., ил.

ISBN 978-5-91258-227-1

Данное издание представляет собой трехтомник, подготовленный к 140-летию Санкт-Петербургской психиатрической больницы св. Николая Чудотворца. Первый том включает работы, посвященные истории больницы. В книге изложен большой фактический материал. Ряд архивных сведений, фотографий публикуется впервые.

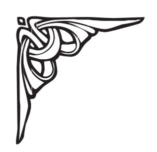
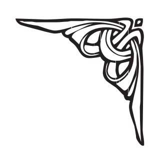
Книга адресована всем интересующимся психиатрией, ее историей, историей медицины и Санкт-Петербурга.

На форзацах:

Людвиг Годлевский. «Вид больницы св. Николая Чудотворца и окрестностей (по птичьему полету)», 1875 год.

Фрагмент карты «План Санкт-Петербурга с ближайшими окрестностями. 1913» (приложение к адресной и справочной книге «Весь Санкт-Петербург», издание т-ва А. С. Суворина «Новое время»).

ISBN 978-5-91258-227-1

ПРЕДИСЛОВИЕ

Настоящее издание посвящено 140-летию старейшей психиатрической больницы Санкт-Петербурга — больницы св. Николая Чудотворца. Редакционный совет, состоящий из сотрудников больницы и кафедры психиатрии СЗГМУ им. И. И. Мечникова (их профессиональная жизнь также многие года связана с больницей), счел юбилей хорошим поводом систематизировать собранную информацию по истории больницы св. Николая Чудотворца, актуализировать наиболее значимые и интересные, зачастую малоизвестные работы врачей и ученых, некогда работавших в ней, и, наконец, особое внимание уделить работам самого знаменитого сотрудника больницы, великого русского психиатра Виктора Хрисанфовича Кандинского. Мы пришли к выводу, что целесообразно сделать издание 3-томным: 1-й том — История (больницы), 2-й — Антология (ретроспектива работ сотрудников), 3-й том — В. Х. Кандинский (избранные труды).

Отбор работ для первого тома особых затруднений не вызвал, в связи с бесспорной значимостью их и максимальным отражением в них огромного, более чем векового периода существования больницы. Были некоторые сомнения в целесообразности опубликования работы доктора Головиной, которая создавалась как описание статуса больницы на определенный момент и в этом качестве она образцова по полноте, скрупулезности, исчерпанности, однако суха и тяжеловата для чтения.

С учетом того, что работа эта является, несомненно, библиографической редкостью, а для нескольких поколений историков медицины важным первоисточником, решено включить ее в настоящее издание. Мы полагаем, что обстоятельная статья В. А. Некрасова и И. С. Кофмана, открывающая 1-й том, позволит читателю получить целостную картину истории больницы «взглядом из века 21-го». В развитие аналогичных трудов последних лет (Свистун С. Я., 2002; Точилов В. А., Кофман И. С., 2006) она дополнена, уточнена целым рядом фактов, выявленных в кропотливой работе авторов в архивах, библиотеках, с потомками сотрудников, некогда работавших в больнице. Статья акцентирует внимание на роли больницы в развитии городской и российской психиатрии и здравоохранения в целом.

Работы, составляющие 1-й том, предваряются краткими биографиями авторов, либо, если во 2-м томе помещена более подробная статья об авторе, дается соответствующая ссылка. Также 1-й том содержит летопись («Хронологию») больницы св. Николая Чудотворца, а в Приложениях приведена некоторая информация справочного характера.

Отбор материалов для 2-го тома («Антология»), осуществлялся, исходя из следующих принципов: во-первых, сохранение научной актуальности работы, во-вторых, ее малодоступность (не переиздававшиеся, редкие, малотиражные издания). Объем издания не позволял включить в него все заслуживающие того работы, однако вышеперечисленные критерии отбора предполагали антологию-ретроспекцию. Именно поэтому в нее не вошли работы современных авторов.

Наконец, 3-й том — «В. Х. Кандинский. Избранное». Виктор Хрисанфович оставил замечательные труды по психиатрии, психопатологии, судебной психиатрии, психологии, философии. Издать полное собрание сочинений в одном томе не представляется возможным, поэтому мы отобрали наиболее значимые работы,

представляющие широкий спектр интересов автора, его огромную эрудицию, вклад в фундаментальные вопросы психиатрии. Добавим некоторые пояснения по поводу публикации его классического произведения «О псевдогаллюцинациях». Как известно, на русском языке монография впервые была издана уже после смерти автора его супругой Елизаветой Карловной Фреймут-Кандинской в 1890-м году. Очень близким к русскому было немецкое издание книги: «Kritische und klinische Betrachtungen im Gebiete der Sinnestäuschungen» (Berlin, Friedländer & Solin, 1885). Как отмечает Л.Л. Рохлин (1975), существенных отличий было два: отсутствие в немецком издании небольшой главы (11-й), резюмирующей русское издание, и отсутствие в русском издании «Предварительных замечаний», открывающих немецкое издание монографии. Мы сочли целесообразным включить этот отрывок в настоящее издание[1]. Переиздание «Псевдогаллюцинаций» в 1952 году по инициативе и под редакцией А.В. Снежневского, по сути, вернуло книгу широкому кругу отечественных психиатров. Редактор написал предисловие, биографический очерк, примечания. Однако по ряду соображений А.В. Снежневским были «...опущены утратившие какое-либо значение ссылки, схемы, изображающие происхождение галлюцинаций и псевдогаллюцинаций, и изложение гипотезы об объективирующем "X"»[2]. В последующем монография переиздавалась именно в таком виде. Редакционный совет настоящего издания счел целесообразным предложить читателю авторский вариант классического труда Кандинского — «без ретуши и подчисток». Мы сочли возможным и даже необходимым включить в издание как статьи А.В. Снежневского из упомянутого издания, так и работы Л.Л. Рохлина, опубликованные в ряде номеров Журнала невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова[3]. Из «Примечаний» А.В. Снежневского сохранены и включены в настоящее издание те, которые не относятся к редакторской правке текста. Напомним читателю, что практически исчерпывающей биографией В.Х. Кандинского является прекрасная монография профессора Леона Лазаревича Рохлина, опубликованная впервые в 1975[4] и переизданная в 2004 году[5].

С радостью и волнением предлагаем вниманию читателей настоящее издание. Мы работали над ним с глубочайшим уважением к памяти наших замечательных, умных, интеллигентных коллег, трудившихся в Санкт-Петербургской больнице св. Николая Чудотворца прежде, и с гордостью, что мы работаем в ней сейчас.

Главный редактор, заслуженный врач РФ
Свистун С.Я.

---

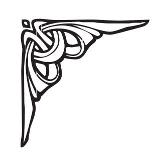
[1] *Кандинский В.Х.* Вступительная глава к книге «Критические и клинические соображения из области обманов чувств» с вступительным текстом Л.Л. Рохлина // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1971. Том LXXI, вып. 11. С. 1713–1718.

[2] *В.Х. Кандинский.* О псевдогаллюцинациях / Составил предисловие, подготовил текст, биографический очерк и примечания А.В. Снежневский. М.: Медгиз, 1952. С. 20.

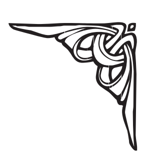
[3] *Рохлин Л.Л.* 1) Философские и психологические воззрения В.Х. Кандинского // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1969. Том LXIX, вып. 5. С. 755–761; 2) Психопатологические воззрения В.Х. Кандинского // Там же. 1971. Том LXXI, вып. 7. С. 1084–1089; 3) В.Х. Кандинский как психолог // Там же. 1972. Том LXXII, вып. 4. С. 584–594; 4) Клинические воззрения В.Х. Кандинского // Там же. 1977. Том LXXIV, вып. 4. С. 608–616.

[4] *Рохлин Л.Л.* Жизнь и творчество выдающегося русского психиатра В.Х. Кандинского. М.: Медицина, 1975. 296 с.

[5] *Рохлин Л.Л.* Жизнь и творчество выдающегося русского психиатра В.Х. Кандинского. М., 2004. 288 с.



Благодарности



Создание данного сборника было бы невозможно без содействия и помощи очень многих людей. Мы, к сожалению, не сможем назвать даже имен всех наших добровольных помощников, но выражаем свою искреннюю и глубокую благодарность.

Нам особо хотелось бы поблагодарить заведующую читальным залом Центрального городского исторического архива Санкт-Петербурга *Марию Михайловну Перекалину*.

За бесценные путеводные указания благодарим *библиографов Российской национальной библиотеки* — в особенности ее медицинского отдела и журнального зала.

Неоценимая помощь была оказана *сотрудниками Российского государственного исторического архива*.

Помогал в подготовке текстов целый ряд сотрудников больницы (особо хотим отметить врача-психиатра *И.С. Григорьева, о. Георгия*) и кафедры психиатрии СЗГМУ им. И.И. Мечникова (в особенности клинические ординаторы *О.С. Ронжина* и *В.А. Чиркова*) и просто добровольные помощники (*Ю. Богук*).

Весьма признательны д.м.н. *М.А. Акименко* за предоставление машинописи Г.В. Рейтца и ценные консультации при подготовке сборника и написании исторического очерка.

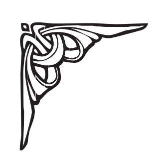
Благодарим родственников сотрудников нашей больницы, которые помогли при составлении биографических справок (*А.А. Русалинова* и д.м.н. *Л.С. Круглов*) и безусловно обогатили сборник новыми фактами.

В работе использовались материалы и устные воспоминания врачей больницы, ныне уже ушедших из жизни, — *А.С. Левиной* и *А.А. Литмановича*.

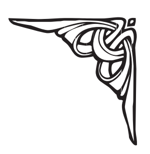
М.А. Соляник содействовал в получении ряда интересных материалов.

Благодарим и тех, кого не упомянули, но, конечно же, помним, и надеемся на дальнейшее плодотворное сотрудничество.

Редакционный совет



Исторический очерк больницы св. Николая Чудотворца



«Самый дом Исправительного Заведения каменный, четырехэтажный, построенный в виде буквы Н, находится в 4-й Адмиралтейской части, 2 квартала, в Малой Коломне, при слиянии речки Пряжки с Мойкою и Мойки с Большою Невою. Главный фасад идет по течению реки Мойки, правый боковой фасад параллелен течению реки Пряжки. Левый боковой — обращен к заводу Берда и к Финскому заливу. Все здание обнесено довольно высокой стеною, над которой устроена железная решетка с предупреждением побегов со стороны содержимых в заведении арестантов»[1].

В этом здании началась и с ним связана вся история больницы св. Николая Чудотворца. И началась она задолго до 1872 года, который официально считается датой основания больницы. История, неотделимая от истории Санкт-Петербурга и России, поразительным образом отразившая происходившее в обществе — не слишком красиво, но всегда правдиво. Об этом и будет наш небольшой очерк, предваряющий настоящее юбилейное издание.



Больница св. Николая Чудотворца. Вид с берега р. Мойки.
Фото конца XIX в.

[1] *Цветков П. К.* Краткое историко-статистическое описание церкви святителя и чудотворца Николая при Исправительном заведении в С. Петербурге. СПб.: Тип. А. Л. Королева и компании, 1864. С. 4.

I

Постройка комплекса зданий Исправительного заведения по проекту архитектора Л. И. Шарлеманя 2-го (1784–1845) была завершена в 1839 году. Главный четырехэтажный корпус в стиле безордерного классицизма, фланкированный двумя флигелями, расположен в глубине двора главным фасадом к реке Мойке[2]. Отдельно был построен хозяйственный корпус. «Во избежание побегов» территория обнесена высокой каменной оградой, со стороны Мойки — две сторожки наподобие пропилеи при въездных воротах с красивой чугунной решеткой. По требованию, диктуемому системой, от центра Исправительного дома расходились длинные коридоры, вдоль которых по обеим сторонам располагались маленькие камеры-одиночки.

Центр здания на уровне 2–4-го этажей занимала церковь во имя св. Чудотворца Николая; большое участие в ее устройстве принял гражданский губернатор Санкт-Петербурга, по должности состоявший и членом Попечительского совета заведений общественного призрения, М. Н. Жемчужников (1788–1865). На главном фасаде церковь была отмечена крестом, который поддерживали два ангела. В центре противоположного фасада — алтарный выступ. В церковь вели три стеклянные двери с площадки 2-го этажа. За алтарем — полукруглый (по форме выступа) коридор, в котором помещалась ризница, на 3-м этаже такой же коридор соединял центр, правую и левую стороны хоров. «Устройство этих двух коридоров за алтарем составляет особенность церкви Исправительного заведения и вряд ли где-нибудь еще встречается», — писал один из настоятелей церкви в 1860–1866 гг. П. К. Цветков. Основное освещение храма давал устроенный в куполе стеклянный просвет. Автором барельефов был В. И. Демут-Малиновский (1779–1846), роспись выполнил Д. Бернаскони. Причт церкви, утвержденный актом 1839 года, состоял из священника[3] и причетника, административно подчиняющихся смотрителю. Помимо обычных служб, священник должен был дважды в неделю обходить арестантов, проводить беседы с отбывшими срок наказания перед их освобождением и обучать грамоте арестантов малолетнего отделения. Вопросы различных приобретений для церкви решались с ведома и разрешения смотрителя, священник вел документальный учет материальных ценностей церкви и отчитывался за них. При церкви была небольшая библиотека из книг духовно-нравственного содержания, с 1843 года выписывался духовно-литературный журнал «Христианское чтение», а с 1861-го — два духовно-нравственных журнала:

---

[2] Утверждая проект, император велел убрать задуманный портик и добавить этаж.

[3] Интересно, что в 1904 году в семье священника П. А. Преображенского в здании больницы св. Николая Чудотворца родилась Софья Петровна Преображенская (1904–1966), в будущем известная оперная певица.

«Странник» и «Дух христианина». После организации больницы св. Николая Чудотворца приход церкви стал открытым (до этого посещать его могли лишь сотрудники, арестанты, помещенные в Исправительное заведение, и пациенты размещенных в нем больничных отделений). Храм был закрыт в 1922 году, все его святыни и убранство утрачены, сохранились частично лишь архитектурные контуры.

Предназначалось Исправительное заведение для пенитенциарного учреждения нового типа, в котором по закону должны были содержать «лиц предерзостных, нарушающих благонравие и наносящих стыд и зазор обществу»[4]. Однако таковыми никак не удавалось заполнить здание, предназначенное для размещения 590 человек. Потому власть сочла возможным использовать незанятые площади, правда, на первых порах преимущественно для медицинских целей. Первым учреждением, помещенным в здании, стала «Больница для чернорабочих» (с 1841). Но вскоре остро встал вопрос, связанный с размещением душевнобольных, не имеющих родственников в Петербурге и ожидающих экспертизы в Губернском правлении (в городской тюрьме). Разумеется, больные люди, часто находящиеся в возбужденном и агрессивном состоянии, нарушали распорядок и создавали большие проблемы как для администрации тюрьмы, так и для арестованных. Это заставило военного генерал-губернатора С.-Петербурга П.К. Эссена (1772–1844), несущего ответственность за общий порядок в городе и в его учреждениях, письменно обратиться к министру внутренних дел Л.А. Перовскому (1792–1856) с докладом о сложившемся положении. Министр ответил, что не имеет возможности обеспечить финансовое решение данного вопроса, и попросил изыскать средства в других источниках. Затем последовало обращение в Попечительский совет заведений общественного призрения ведомства учреждений Императрицы Марии, который, в свою очередь, обратился к лейб-медику Ивану Федоровичу Рюлю (1768–1846), уже организовавшему больницу «Всех Скорбящих» и едва ли не единственному в Санкт-Петербурге специалисту в области душевных болезней. И.Ф. Рюль совместно с гражданским губернатором М.Е. Храповицким (1784–1847), осмотрев здание Исправительного заведения, пришли к заключению о возможности организации в нем отделения для четырех умалишенных мужчин и двух женщин с назначением для лечения их особого врача, «опытного по психологической части медика»[5].

9 ноября 1842 года Государь Император Николай I утвердил организацию «особых покоев» для умалишенных, подвергаемых освидетельствованию в Губернском правлении, на 4 мужчин и 2 женщин со штатом, разработанным И.Ф. Рюлем. В отсутствие опытного психиатра медицинское сопро-

---

[4] Цит. по: *Головина Е.В.* Городская больница св. Николая Чудотворца для душевнобольных в С.-Петербурге. СПб., 1887. С. 2.

[5] РГИА. Ф. 760. Оп. 1. Ед. хр. 26. Л. 10.

вождение освидетельствуемых было поручено врачу Исправительного заведения, доктору К. Э. Миквицу. Отделение открылось 12 июня 1843 года. С этого времени, по словам секретаря Попечительского совета Кесаря Филипповича Ордина (1835–1892), душевнобольные из здания Исправительного заведения «не выводились»[6].

Потребность в больничной помощи душевнобольным постоянно увеличивалась, что послужило поводом для обращения от 6 мая 1844 года военного генерал-губернатора А. А. Кавелина «о необходимости расширения отделения до 8 мест для мужчин и 6 мест для женщин». Попечительский совет, рассмотрев вопрос, принял решение о создании временного отделения в здании Исправительного заведения на 40 мест. Технические мероприятия по «приспособлению» площадей в здании были поручены главному архитектору Попечительского совета П. С. Плавову и И. Ф. Рюлю. Однако Его Императорское Величество выразил несогласие с открытием отделения, «не желая стеснять Исправительного заведения», и предложил «назначить отделение в одной из Градских больниц». Попечительским советом было принято решение вернуть умалишенных в здание долгауза Обуховской больницы, где 2 апреля 1845 года было открыто мужское отделение на 25 мест, а в Исправительном заведении было создано женское отделение на 6 коек с прежним штатом. С 1845 года был увеличен расход на нравственное воспитание умалишенных (возможные в то время реабилитационные мероприятия) — единовременно дополнительно 100 руб. серебром и 50 рублей ежегодно. Новое отделение в Обуховской больнице возглавил один из первых отечественных психиатров Павел Петрович Малиновский[7] (1818–1855), ранее изъявивший желание стать врачом так и не созданного отделения для умалишенных на 40 мест при Исправительном заведении.

«Его Высокопревосходительству господину Министру внутренних дел, действительному тайному советнику и кавалеру Льву Алексеевичу Перовскому от медика 1 отделения Павла Малиновского

ПРОШЕНИЕ

При здешнем С. Петербургском Исправительном заведении открывается больница для помешанных, а так как я уже ознакомился со свойствами и лечением умалишенных, посвятив себя этой отрасли врачеб-

---

[6] *Ордин К. Ф.* Попечительный совет заведений общественного призрения в С.-Петербурге. Очерк деятельности за пятьдесят лет 1828–1878. СПб., 1878. С. 209.

[7] О нем см. статью Федотова Д. Д. «Павел Петрович Малиновский» в книге: *Малиновский П. П.* Помешательство, описанное так, как оно является врачу в практике. М.: Медгиз, 1960. С. 3–23.

ной науки, которая занимается душевными болезнями, то, представляя здесь мой диплом, беру на себя смелость покорнейше просить Ваше превосходительство приказать определить меня с назначением жалования врачом во вновь открываемую больницу для помешанных.

1844 года июня <...> дня [дата не поставлена]
Медик 1 отделения Павел Малиновский.
Живу в доме Шашко и Жако № 20 Московской части 3-й квартал»[8]

В 1851 году попечитель больницы «Всех Скорбящих» А. В. Кочубей обратился к Государю Императору с просьбой о выводе душевнобольных арестантов из опекаемой им больницы. Ходатайство было удовлетворено — было предложено вывести умалишенных из Обуховской больницы в больницу «Всех Скорбящих», а в Обуховской создать арестантское отделение. Однако попечитель Обуховской больницы счел предложение «неудобным», т. к. организация такого отделения потребовала бы военного караула, что было невозможно по закону 1832 года[9]. Военный генерал-губернатор генерал инфантерии Д. И. Шульгин (1785–1854) предложил создать это отделение в здании Исправительного заведения, которое «имеет, кроме каменной ограды и особенного надзора, постоянный караул»[10].

16 ноября 1852 года арестантское отделение для умалишенных в здании Исправительного заведения на 25 мест приняло первых больных, переведенных из больницы «Всех Скорбящих». Также в здании Исправительного заведения оставалось отделение на 6 мест для женщин. В 1852 году впервые в штате нового отделения появляется врач по должности VIII класса.

В 1855 году в связи с нехваткой женских мест для душевнобольных в городе было принято решение о создании отделения для душевнобольных женщин в здании Исправительного заведения на 30 мест, с включением в него уже существующих 6 мест. Отделение было открыто 6 ноября 1856 года с Высочайше утвержденным штатом от 25 мая 1856 года, включавшим должность ординатора VIII класса, а главному врачу Исправительного заведения за руководство отделением доплачивалось 250 рублей.

Известны имена нескольких врачей, «осуществлявших медицинское сопровождение» больных, находящихся в отделениях Исправительного

---

[8] РГИА. Ф. 1287. Оп. 12. Ед. хр. 1728. Л. 26.

Данный документ публикуется впервые.

[9] *Константиновский И. В.* Русское законодательство об умалишенных, его история и сравнение с иностранными законодательствами. СПб., 1887. С. 121. (Полн. собр. законов Рос. Импер. Том VII. 5635 «Об отмене военного караула в домах умалишенных»).

[10] РГИА. Ф. 760. Оп. 1. Ед. хр. 57. Л. 5.

заведения. Из них мы можем особо упомянуть К. Э. Миквица и В. Х. Рихтера[11].

В середине 60-х гг. XIX века вновь создалось критическое положение с госпитализацией душевнобольных и встал вопрос о увеличении количества мест для их «призрения». Вновь внимание властей было обращено к Исправительному заведению. Гражданский губернатор по должности перестал попечительствовать над заведением, и новым попечителем был назначен сенатор генерал-лейтенант барон Казимир Густавович Котен (1807–1880). По словам К. Ф. Ордина, «помощь помешанным нашла в нем сочувственный отклик, и ему обязана больница Николая Чудотворца второй фазой своего существования»[12]. Очередная реорганизация отделений для умалишенных не была механическим увеличением числа мест, а стала созданием полноценной лечебницы, соответствующей требованиям психиатрии, значительно улучшившей условия пребывания больных.

Этот период совпал с начальным этапом формирования отечественной психиатрической школы: в 1857 году была создана первая в стране кафедра нервных и душевных болезней в Императорской Медико-хирургической академии, в 1859 году создана первая клиника нервных и душевных болезней при 2-м Военно-сухопутном госпитале, в 1862 году начало работу Общество врачей для помешанных, объединившее первых клинически образованных психиатров.

Если прежде врачи «пользовали душевнобольных по необходимости», не имея соответствующей подготовки, то с этого времени в практическую медицину пришли врачи, имеющие специальное образование и подготовку. Первым из них был Петр Андреевич Дюков (1834–1889)[13]. В 1863 году П. А. Дюков занял должность ординатора женского отделения для умалишенных, а в 1865 году принял участие в создании и затем возглавил «Временную лечебницу для умалишенных при Исправительном заведении».

Штат новой лечебницы был Высочайше утвержден 14 ноября 1864 года, после чего начались мероприятия по ее устройству по проекту архитектора И. А. Варнека (1819–1877). Прием больных во «Временную лечебницу» начался 9 октября 1865 года. На должность старшего врача лечебницы попечителем бароном К. Г. Котеном был назначен ординатор женского отделения П. А. Дюков. С 1 декабря 1865 года он был Высочайше утвержден в этой должности. На должность ординатора временной лечебницы И. М. Балинским был предложен завершивший обучение в 1865 году Оттон Антонович Чечотт (1842–1924)[14].

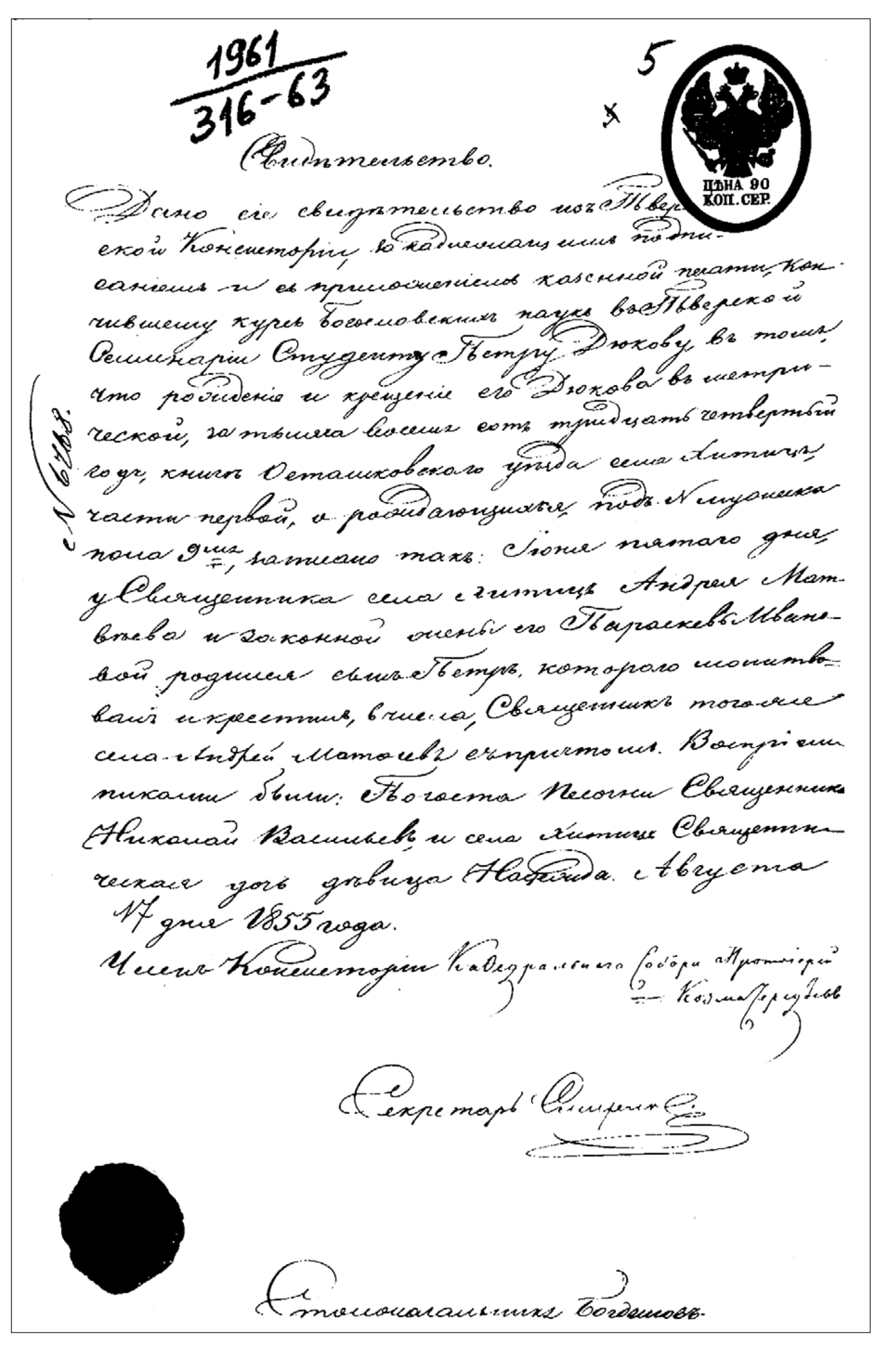
---

[11] См. биографические заметки в конце данного тома.

[12] *Ордин К. Ф.* Попечительный совет заведений общественного призрения в С.-Петербурге. Очерк деятельности за пятьдесят лет 1828–1878. СПб., 1878. С. 367.

[13] Подробную биографию П. А. Дюкова можно найти во втором томе настоящего издания.

[14] Биография О. А. Чечотта также приведена во втором томе настоящего издания.



1961
316-63

5

ЦѢНА 90 КОП. СЕР.

№ 6768

Свидѣтельство.

Дано сие свидѣтельство изъ Тверской Консисторiи, по надлежащемъ подписанiи и съ приложенiемъ казенной печати, кончившему курсъ богословскихъ наукъ въ Тверской Семинарiи Студенту Петру Дюкову въ томъ, что рожденiе и крещенiе его Дюкова въ метрической, за тысяча восемь сотъ тридцать четвертый годъ, книгѣ Осташковскаго уѣзда села Хитинъ, части первой, о рождающихся, подъ N мужеска пола 9мъ, написано такъ: Iюня пятаго дня, у Священника села Хитинъ Андрея Матвѣева и законной жены его Параскевы Ивановой родился сынъ Петръ, которого молитвовалъ и крестилъ, в числа, Священникъ тогоже села Андрей Матвѣевъ съ причтомъ. Воспрiемниками были: Погоста Песочни Священникъ Николай Васильевъ и села Хитинъ Священническая дочь дѣвица Надежда. Августа 17 дня 1855 года.

Членъ Консисторiи Каѳедральнаго Собора Протоiерей Козма Герутдевъ

Секретарь Смирновъ

Столоначальникъ Богдановъ.

Свидетельство об окончании Тверской семинарии П.А. Дюкова (РГВИА. Ф. 316. Оп. 63. Д. 1961. Л. 5)

ПОСЛУЖНОЙ СПИСОКЪ

Старшаго врача Клиники душевныхъ болѣзней С.Петербургскаго клиническаго военнаго госпиталя Доктора Медицины Дѣйствительнаго Статскаго Совѣтника Дюкова.

Составленъ къ 1[го] Іюля 1880 года

I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.
Чинъ, имя, отчество, фамилія, должность, лѣта отъ роду, вѣроисповѣданіе, знаки отличія и получаемое содержаніе.	Изъ какого званія происходитъ?	ЕСТЬ ЛИ ИМѢНІЕ. У него самого и у родителей: Родовое.	Благопріобрѣтенное.	У жены буде женатъ: Родовое.	Благопріобрѣтенное.	Гдѣ получилъ воспитаніе и окончилъ-ли въ заведеніи полный курсъ наукъ; когда въ службу вступилъ, какими чинами, въ какихъ должностяхъ и гдѣ проходилъ оную; не было ль какихъ особенныхъ по службѣ дѣяній или отличій; не былъ ли особенно, кромѣ чиновъ, чѣмъ награжденъ, и въ какое время; сверхъ того, если находясь подъ судомъ или слѣдствіемъ, былъ оправданъ и признанъ невиннымъ, то когда и за что именно былъ преданъ суду и чѣмъ дѣло кончено.
Докторъ Медицины Дѣйствительный Статскій Совѣтникъ Петръ Андреевичъ Дюковъ Старшій врачъ Клиники душевныхъ болѣзней Клиническаго военнаго госпиталя. Родился 1834 г. Іюня 5 дня. Православнаго исповѣданія. Имѣетъ ордена: Св. Владиміра 4 ст. Св. Анны 2 ст. и Св. Станислава 2 ст. украшенный Императорскою короною и з.с.ф. Получаетъ содержанія въ годъ: Жалованья 759 р. Столов. 222 р. Кварт. 1000 р. Прибавочнаго за пятилѣтія 563.25 к.	Изъ Сыновей Священника уроженецъ Тверской губерніи	Не имѣетъ				По окончаніи курса медицинскихъ наукъ на казенномъ содержаніи въ Императорской С.Петербургской Медико-Хирургической академіи, признанъ Лекаремъ съ награжденіемъ похвальнымъ листомъ . . . Высочайшимъ приказомъ по военному вѣдомству о чинахъ гражданскихъ за № 29, опредѣленъ на службу сверхкомплектнымъ Лекаремъ по военно-медицинскому вѣдомству, съ прикомандированіемъ для спеціальнаго образованія, на основаніи Высочайшаго повелѣнія, послѣдовавшаго въ 21 день Мая 1858 г., ко 2му военно-сухопутному С.Петербургскому госпиталю тысяча восемьсотъ шестидесятаго года Іюня 10 дня. Конференціею Императорской Медико-Хирургической Академіи признанъ по экзамену докторомъ Медицины . . . . Съ разрѣшенія Военнаго Министра, оставленъ сверхкомплектнымъ

Послужной список старшего врача клиники душевных болезней С.-Петербургского клинического военного госпиталя П.А. Дюкова (РГВИА. Ф. 546. Оп. 2. Д. 6308. Л. 1–17)

С учреждением временной лечебницы началось создание г**ородской психиатрической больничной помощи Санкт-Петербурга** — в созданной лечебнице городом оплачивалось содержание 40 мест.

После полного открытия лечебницы 22 ноября 1865 года, с 1 декабря 1865 года был закрыт Полицейский приют для умалишенных. Временная лечебница была рассчитана на 120 мест (50 мужских и 70 женских). В 1866 году дополнительно развернуто 15 сверхштатных пансионерских коек.

П. А. Дюков с первого года работы лечебницы стал издавать периодические отчеты о ее работе [15], в которых излагались как медико-статистические данные, так и бытовые описания. Лечебница сохранила функции освидетельствования душевнобольных и содержания арестантов, оставаясь **одним из первых в империи центром судебно-психиатрической экспертизы**.

Создание новой лечебницы не удовлетворило потребностей растущего города в больничных местах для душевнобольных, и уже 25 января 1866 года прием в лечебницу практически прекратился, и восстановилась практика помещения больных в неприспособленные полицейские приемные покои.

II

Сосуществование в одном здании медицинского и пенитенциарного учреждений становилось все более неудобным. Уже при создании временной лечебницы началось обсуждение вопроса об их разделении и о создании самостоятельной психиатрической больницы. Было принято решение о постепенном выводе арестантов из здания Исправительного заведения. В 1871 году из здания были выведены мужчины арестанты, а временная лечебница была поспешно расширена еще на 110 мест и заняла помещения упраздненных арестантских отделений с минимальными приспособлениями. К 1872 году в лечебнице находилось уже 230 душевнобольных, а здание не могло быть использовано в качестве тюремного, т. к. не соответствовало требованиям того времени для такого рода заведений. «По естественному ходу лечебница стала основной частью заведения» [16] — пишет К. Ф. Ордин.

29 апреля 1872 года Государем Императором Александром II Высочайше была утверждена в здании бывшего Исправительного заведения боль-

---

[15] *Дюков П. А.* Отчет о временной лечебнице для умалишенных при Исправительном заведении в С-Петербурге с 1 января 1866 по 1 января 1867 года // Медицинский вестник. 1867. № 22. С. 212–215; № 24. С. 229–231; № 25. С. 238–239; № 27. С. 255–256; № 28. С. 261–262; № 29. С. 269–271.

[16] *Ордин К. Ф.* Попечительный совет заведений общественного призрения в С.-Петербурге. Очерк деятельности за пятьдесят лет 1828–1878. СПб., 1878.

ница св. Николая Чудотворца, по имени церкви, расположенной в здании.

«Государь Император по всеподданнейшему Главноуправляющего IV отделением собственной Его Императорского Величества канцелярии докладу, основанному на положении Попечительного совета заведений общественного призрения в С. Петербурге, 29 день апреля сего года [1872] Высочайше повелеть изволил: временную лечебницу для помешанных (в здании Исправительного заведения) переименовать в больницу св. Николая Чудотворца»[17].

После полного вывода из здания арестантов началось приспособление больницы к новым нуждам. По закрытии Исправительного заведения средства, выделяемые на его содержание, были переданы больнице св. Николая Чудотворца. В 1874 году закрылось отделение для умалишенных при Обуховской больнице, и его финансирование также перевели на содержание больницы св. Николая Чудотворца.

■ Перестройкой и приспособлением здания руководил молодой архитектор А.Ф. Красовский (в будущем — академик архитектуры). Работы носили масштабный характер и продолжались до 1879 года. Было сделано несколько новых лестниц, устранены все темные помещения, отделения оборудованы ватерклозетами, построен целый ряд вспомогательных зданий (ледник, оранжерея и т.д.), создан «внутрибольничный телеграф», устроено отопление по новаторской системе инженера Ивана Дмитриевича Флавицкого (1828–1887). Деревянные бараки, ранее построенные Александровской больницей на территории больницы св. Николая Чудотворца, были капитально отремонтированы и приспособлены для летнего пребывания больных. В 1876 году на пожертвования возведено здание «часовни с помещением для мертвецкой»[18]. Часовня построена в необычном для русской церковной традиции стиле — из красного кирпича — и выходит своим фасадом на Пряжку. Часовню украшали иконы из известной московской мастерской Постникова. В настоящее время здание часовни — объект культурного наследия, охраняемый государством.

Постройкой, а затем и приспособлением тюремного здания для больничных нужд занимались известные петербургские архитекторы — Людовик Иванович Шарлемань-Боде 2-й[19] (1784 (1788?)–1845), Иван Александрович Варнек (1819–1877), Петр Сергеевич Плавов (1794–1864), Федор Иванович Эппингер (1816–1873) и Александр Федорович Красовский (1848–1918).

В 1872 году было открыто амбулаторное отделение «для приходящих душевно- и нервнобольных». Созданная при больнице амбулатория

---

[17] Цит. по: *Константиновский И.В.* Русское законодательство об умалишенных, его история и сравнение с иностранными законодательствами. СПб., 1887. С. 159.

[18] К сожалению, дело о ее постройке в РГИА утрачено.

[19] Из наиболее известных работ Л.И. Шарлеманя — решетка Летнего сада со стороны Мойки (1826), Чайный домик в Летнем саду (1827), перестройка зданий Калинкинской больницы (1830–1833) и Александровского лицея (1831–1834).

стала одной из первых в стране, оказывающих квалифицированную психиатрическую и неврологическую помощь — «плата за сеанс 1 р., за 5 раз 2 р. 50 к., бедные бесплатно» [20]. К сожалению, по неизвестным нам причинам проработала она недолго.

На 2-м этаже было создано отделение для лиц благородного звания и пансионеров. Палаты в нем представляли собой меблированные комнаты со всеми удобствами. В отличие от опыта временной лечебницы, когда пансионеры не приносили значимого дохода, новое пансионерское отделение только за первые 5 лет принесло доход 15 тыс. руб. серебром.

В 1872 году было положено основание больничной библиотеки из трех частей: медицинской, церковной и собственной больничной (для пациентов). Больница выписывала сочинения и журналы по психиатрии, в т. ч. иностранные. Были приобретены различные приборы для научной работы, в т. ч. новейшая на тот момент электрогальваническая машина.

В штат новой больницы не был включен доктор В. Х. Рихтер, лишившийся места из-за сокращения после закрытия Исправительного заведения. Приступили к работе в больнице св. Николая Чудотворца работавшие ранее во временной лечебнице старший врач — доктор медицины П. А. Дюков, ординатор женского отделения лекарь О. А. Чечотт и принятый в штат после расширения временной лечебницы 21 ноября 1871 года ординатор Ф. Ф. Тиллинг (1842–1913) [21].

III

С первых дней своего существования больница оказалась переполненной. В ней оседали хронические больные, поступали острые, что требовало увеличения числа коек и расширения врачебного штата больницы. Помимо прикомандированных от клиники Медико-хирургической академии врачей, в больницу стали приниматься на работу сверхштатные врачи. Перспективой для сверхштатного врача было получение места в штате больницы, но всегда по конкурсу. Примером тому может служить приоритетное право доктора медицины Н. М. Попова, получившего штатную должность ранее «при всех равных условиях», перед В. Х. Кандинским.

Первыми сверхштатными врачами больницы св. Николая Чудотворца стали:

- с 1880 года начал работу К. В. Охочинский (1854–1916);
- с 1 ноября 1880 года И. А. Сикорский (1842–1919);
- с 6 апреля 1881 года Н. М. Попов (1854–1939);

---

[20] *Михневич Вл.* Петербург весь на ладони. М.: ЗАО Центрполиграф, 2003. С. 433. (Переиздание книги 1874 года).

[21] См. биографическую заметку в конце данного тома.

- с 1 ноября 1880 года Н. П. Литвинов (1846–1918),
- с 12 ноября 1881 года В. Х. Кандинский (1849–1889).

Все они оставили значимый след в отечественной психиатрии, но объем данной статьи не позволяет подробно остановиться на каждом из них (см. биографические справки в Приложении). Столь высокий уровень врачебного персонала в значительной степени связан с личностями первых главных врачей больницы П. А. Дюкова и О. А. Чечотта, сделавших, несмотря на тяжелейшие социально-экономические условия, больницу св. Николая Чудотворца одним из крупнейших научных центров страны.

Работа больницы была тесно связана с кафедрой нервных и душевных болезней Медико-хирургической академии. Главный врач больницы П. А. Дюков оставался в должности старшего врача Клиники душевных болезней академии. В больнице работали несколько человек, прикомандированных от Медико-хирургической академии, среди которых наиболее известно имя Л. Ф. Рогозина (1846–1908)[22].

В 1881 году доктор П. А. Дюков, страдавший тяжелым сердечным заболеванием, подал прошение об отставке «по семейным обстоятельствам», которое было удовлетворено с крупным награждением от лица Императора за 18 лет службы. На должность старшего врача был объявлен конкурс, объявление о котором напечатала газета «Правительственный вестник». Однако объявление не вызвало отклика, и на должность старшего врача был утвержден «по фактическим заслугам профессиональной деятельности и высокой квалификации» проработавший в больнице уже 16 лет О. А. Чечотт.

IV

1 сентября 1884 года состоялось крупное и долгожданное событие — Попечительским советом заведений общественного призрения в Санкт-Петербурге целый ряд больниц (в т. ч. и больница св. Николая Чудотворца) был передан в ведение городского общественного управления. Если Попечительский совет занимался лишь руководством возглавляемыми им учреждениями и поддерживал их существование, то задачами городского управления стали развитие и планирование помощи больным. Как пишет К. Ф. Ордин, «в отношении призрения душевнобольных за все годы никогда не было предпринято даже попытки определить потребность в местах для больных и спрогнозировать возможную потребность в будущем». С 1884 года городское руководство стало не только определять потребность, но и отвечать за ее реализацию, прежде всего перед горожанами, платящим больничный сбор. Планы развития городской медицины стала

[22] См. биографическую заметку в конце данного тома.

определять больничная комиссия, в состав которой вошли авторитетные врачи.

Больница св. Николая Чудотворца была единственным из переданных городу психиатрических учреждений и стала основой создаваемой городской психиатрической службы. При передаче городу рассматривался и вариант переподчинения больницы Медицинскому департаменту Министерства внутренних дел. Данный вопрос обсуждался на уровне Государственного совета, на котором по докладу председателя комиссии общественного здравия В. И. Лихачева (1837–1906) было вынесено решение в пользу города.

Для больницы св. Николая Чудотворца передача под городское общественное управление ознаменовалась целым рядом положительных перемен — повысилась зарплата служительскому персоналу, улучшилось питание больных, расширился кадровый состав, в т. ч. увеличилось количество врачей. В отчете за 1885 год питание больных описывалось следующим образом: «Пища изготовлялась ежедневно на обед и ужин, из 2 блюд, состоящих из щей или супа и жарких или котлет под разными соусами или салатами, или из крутой каши, а на ужин 2-е блюдо из каши размазни и одного из горячих от обеда; в воскресные и праздничные дни давались, кроме того, пироги с рисом и кашей». «Суточное продовольствие больного по средней сложности обошлось: пансионера в 65,32 коп., штатного в 20,65 коп.»[23].

В 1888 году вновь была открыта амбулатория для приема нервно- и душевнобольных. По замыслу О. А. Чечотта в ней проводились не только консультации, но и длительное поддерживающее лечение душевных болезней, что нередко позволяло отказаться от госпитализации. Амбулатория позволяла выписывать выздоравливающих для долечивания в амбулаторном режиме. Прием в ней вели 2 врача разного пола: Е. В. Головина и сначала лично О. А. Чечотт, а затем Б. В. Томашевский. После Е. В. Головиной в течение многих лет амбулаторией руководил П. И. Павловский. Амбулатория осуществляла прием и пациентов с общими заболеваниями. Однако наплыв пациентов с заболеваниями, «не соответствующими профилю», был столь велик, что потребовал ограничения, и их стали направлять для дальнейшего лечения в другие городские амбулатории.

Городское общественное управление разрешило больнице «не стесняться» в приеме пациентов: «в 1885 году было принято 622 больных, — цифра дотоле не бывалая, а по сравнению с предшествующими годами превышающая в 3 и 4 раза число годичных поступлений».

---

[23] Отчет по городской больнице св. Николая Чудотворца за 1885 г. в хозяйственном и медицинском отношениях // Известия Петербургской Городской Думы, 1886, июнь. Т. LXXXII. № 24. С. 1040.

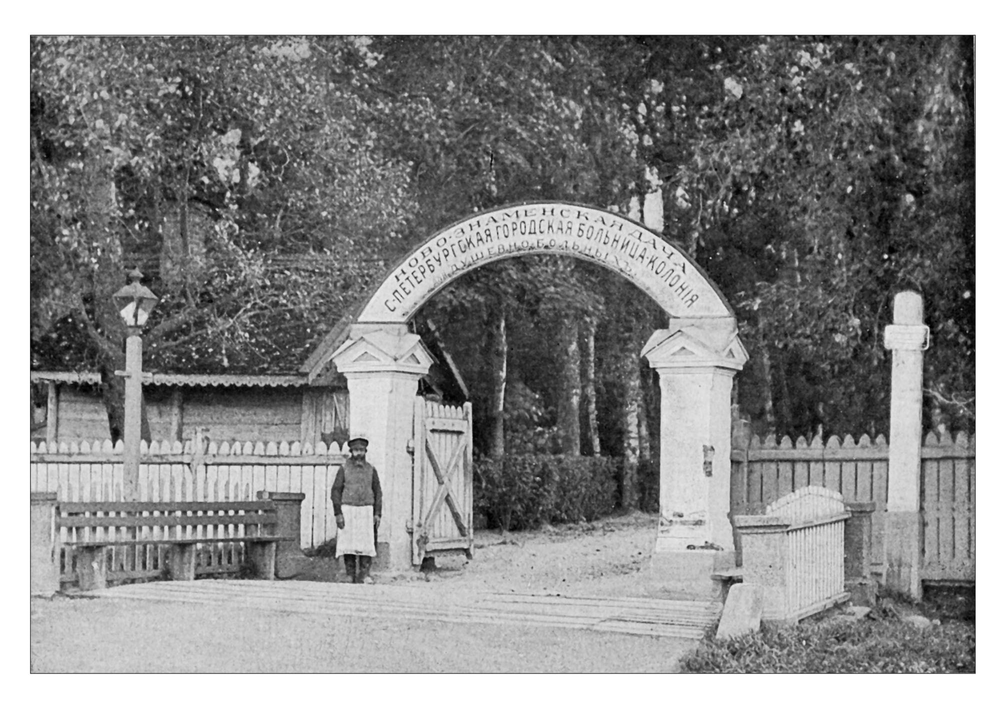
Помимо больницы св. Николая Чудотворца (310 штатных мест) в 1884 году места для душевнобольных у города были только в Градских богадельнях (50 мест) и в больницах на Большой и Малой Охте (380 мест) — всего 850 мест. Количество мест было явно недостаточным для стремительно растущего Санкт-Петербурга. Уже в 1885 году в зданиях переданной городу Министерством внутренних дел загородной больницы в Удельной была открыта больница св. Пантелеймона на 520 мест, старший врач которой находился в подчинении главного врача больницы св. Николая Чудотворца.

В 1887 году в больницу св. Николая Чудотворца из Загородной больницы[24] было возвращено арестантское отделение (для испытуемых и больных), что позволило увеличить количество мест для хронизированных больных в больнице св. Пантелеймона, а **больница св. Николая Чудотворца вновь (после перерыва 1883–1887 гг.) стала основным центром судебно-психиатрической экспертизы Санкт-Петербурга и России в целом**.

Все проводимые мероприятия носили неотложный характер в связи со значительным недостатком мест для душевнобольных. Одновременно велась работа по разработке плана призрения душевнобольных при больничной комиссии. Была создана специальная субкомиссия под председательством О. А. Чечотта. Работы субкомиссии нашли выражение в «Записке главного доктора городской больницы св. Николая Чудотворца, д-ра О. А. Чечотта», представленной Городской Думе в 1888 году. Позволим себе не останавливаться подробно на данной работе, обратим внимание лишь на роль, отводимую больнице св. Николая Чудотворца в городской психиатрии. Согласно мысли О. А. Чечотта, больница св. Николая Чудотворца должна была выполнять функции больницы, куда поступали бы все острые больные, своего рода центрального приемного покоя, в котором проводилась бы первичная диагностика, сортировка, и откуда, при необходимости, больные переводились бы в другие больницы, предназначенные для хронизированных больных. Работа различных комитетов, субкомиссий, секций и т. д. по организации призрения душевнобольных продолжалась вплоть до начала Мировой войны в 1914 году, но, в целом, *концепция с разделением функций между различными больницами (больница-лечебница, больница для хроников, нуждающихся в лечении, больница-колония для трудоспособных хроников и т. д.) с рядом изменений отражала структуру психиатрической службы Санкт-Петербурга—Петрограда—Ленинграда вплоть до 30-х годов XX века.*

---

[24] Загородная больница МВД в Удельной была организована в 1867 году в зданиях упраздненного Земледельческого училища специально для приема хронических соматических больных из других больниц Санкт-Петербурга. В 1884 году была закрыта и передана городу, в ее зданиях была открыта психиатрическая больница св. Пантелеймона.



Главные ворота Новознаменской дачи. Фото начала XX в.

Основной проблемой на пути реализации плана развития городской психиатрической службы было переполнение больницы св. Николая Чудотворца хрониками, что затрудняло лечение больных, ухудшало условия содержания. Приоритетным стало создание более дешевых мест для хронизированных больных, для чего в первую очередь и была организована больница св. Пантелеймона и планировалось создание колонии для хроников и патронажа в крестьянских семьях.

Крайне критичной ситуация с переполнением больницы св. Николая Чудотворца стала после приказа градоначальника за № 140 от 21 мая 1890 года. Приказ гласил:

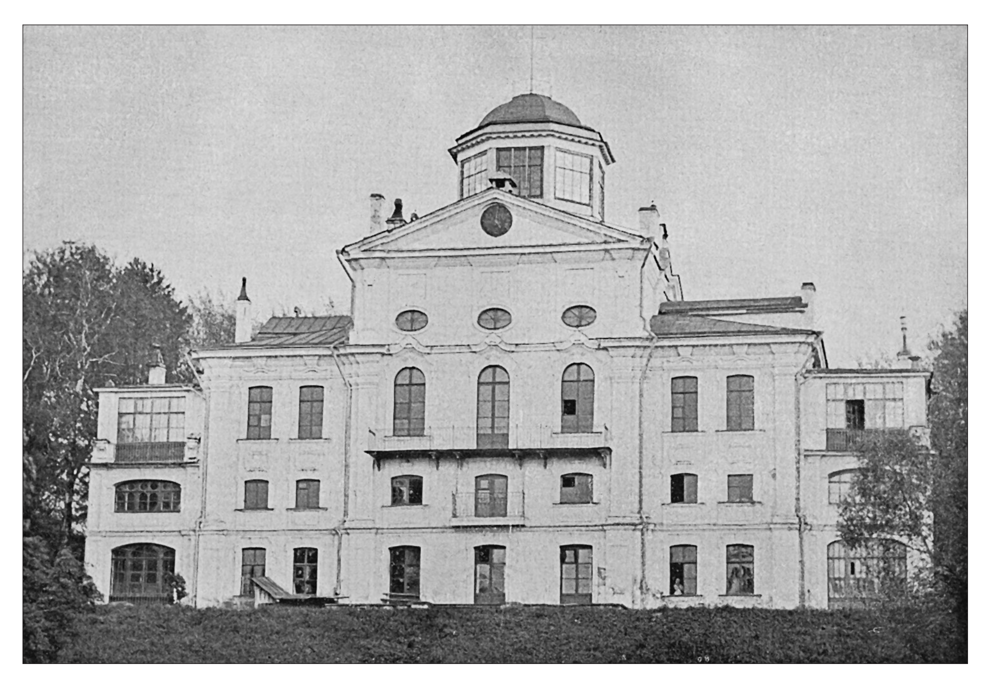
> *«Предлагаю чинам наружной полиции в случае получения заявлений о нахождении в участках психических больных, угрожающих общественной безопасности, по удостоверении полицейским или пользовавшим врачом действительности болезни направлять таковых в соответственное лечебное заведение, помимо приемных покоев. В случаях отказа больницы в принятии доставленных полицией больных составлять протоколы и представлять оные ко мне, для привлечения виновных к ответственности».*

Единственная возможность избежать переполнения больницы путем отказа в приеме была исключена. Несмотря на увеличение штата, в боль-

нице св. Николая Чудотворца вновь появляются «сверхштатные больные» — уже к концу 1890 года на 380 местах проходили лечение 500 больных, 1891 года — 602 больных, 1892 года — 692 больных.

В связи со сложившейся ситуацией был ускорен процесс открытия больницы-колонии, для которой в 1892 году Городской Думой была выкуплена Новознаменская дача на Петергофской дороге вблизи железнодорожной станции Лигово, а уже в сентябре 1893 года колония приняла первых больных. Несмотря на ежегодное увеличение количества мест в больнице-колонии для душевнобольных хроников на Новознаменской даче, больница св. Николая Чудотворца оставалась переполненной.

Для решения этой проблемы было реализовано несколько организационных мер. Во-первых, для постоянного пребывания были приспособлены летние бараки больницы, куда ранее больные переводились только на лето (с 1886). Во-вторых, из основного здания были выведены квартиры врачей и персонала, что добавило площади для помещения пациентов, однако снизило качество оказываемой помощи, т. к. ранее врач мог быть вызван в любое время для осмотра больного, теперь в вечернее и ночное время в больнице оставался лишь дежурный врач (с 1896). В-третьих, в городе стали нанимать помещения для создания филиалов больницы св. Николая Чудотворца, куда перемещались хронизированные больные (с 1894).



Первый павильон Новознаменской дачи. Фото начала XX в.

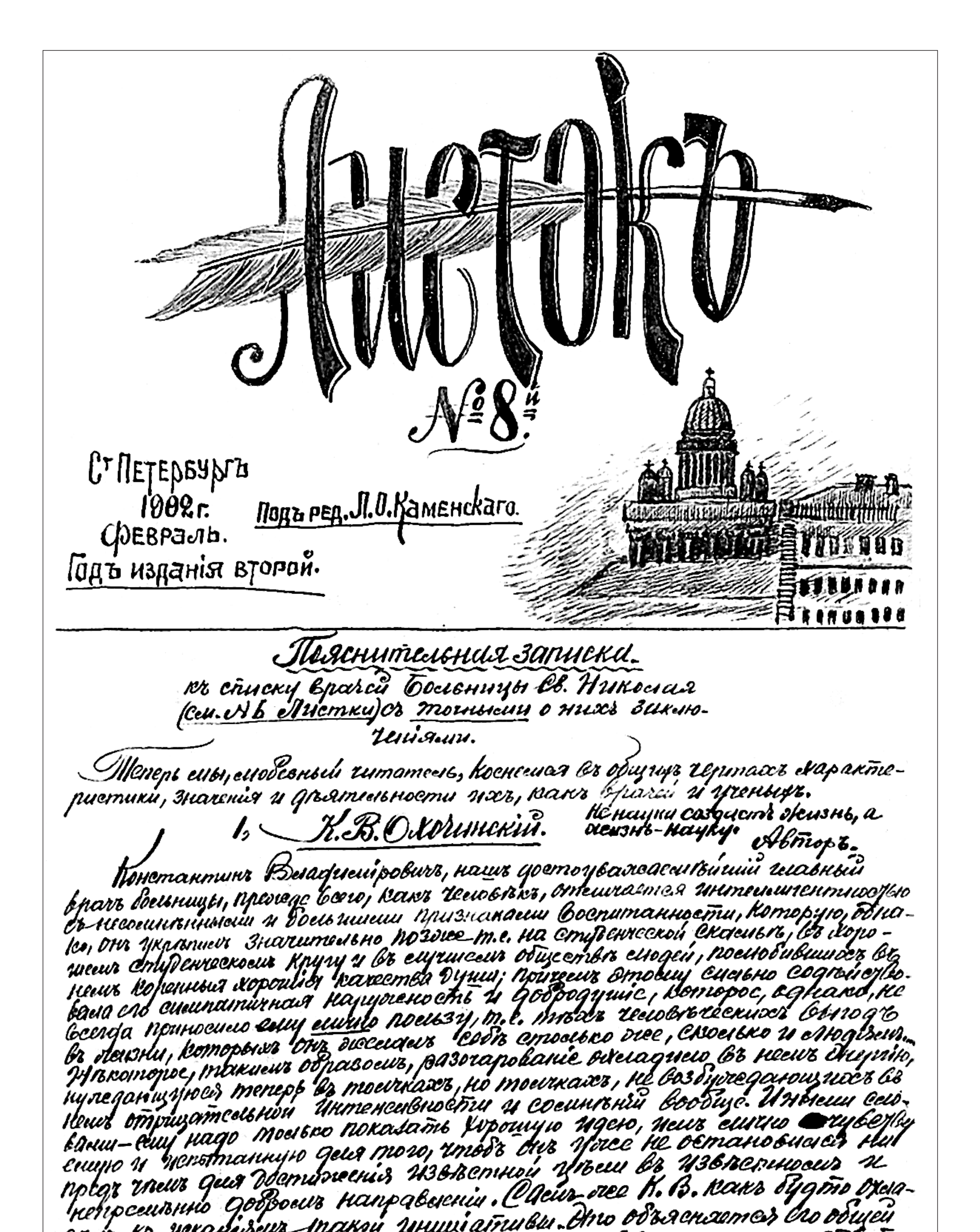


2-я психиатрическая бльница. Помещения верхних этажей. Фото 1920-х гг.

Но и предпринятые шаги не ликвидировали полностью скученность больных, недостаток воздуха, тяжелые бытовые и санитарные условия. Это приводило к значительному распространению и обострению соматических заболеваний. При рассмотрении отчетов обращает на себя внимание, что до четверти больных из числа выбывших оказывались в разделе «умерло». По отчету за 1900 год из 1229 выбывших больных умерло 235 (крайне высокий процент даже для того времени). Это были в основном больные с прогрессивным параличом (80 больных) и органическим поражением головного мозга (96 больных), что объяснимо наибольшей уязвимостью данной группы больных. Причины смерти распределялись следующим образом:

1. Поражение мозга и его оболочек — 75 больных (31,9%);
2. Болезни грудных органов — 81 больной (34,4%);
3. Желудочно-кишечные заболевания — 4 больных (1,7%);
4. Инфекционные болезни — 31 больной (13,2%);
5. Болезни редковстречающиеся — 11 больных (4,7%);
6. Общее истощение, маразм — 31 больной (13,2%);
7. Asphyxia (suffocatio) — 2 больных (0,8%).

Переполнение больницы, тяжелые бытовые условия и низкая квалификация младшего персонала приводили к значительному количеству инцидентов, многие из которых получали широкую огласку — подобно



Листокъ

№ 8-й.

Ст. Петербургъ
1902 г.
Февраль.
Годъ изданія второй.

Подъ ред. Л. О. Каменскаго.

Пояснительная записка.

къ списку врачей Больницы Св. Николая (см. № 6 Листка) съ точными о нихъ заключеніями.

Теперь мы, любезный читатель, коснемся въ общихъ чертахъ характеристики, значенія и дѣятельности ихъ, какъ врачей и ученыхъ.

1. К. В. Охочинскій.

Не науки создаютъ жизнь, а жизнь — науку. Авторъ.

Константинъ Владиміровичъ, нашъ достоуважаемѣйшій главный врачъ больницы, прежде всего, какъ человѣкъ, отличается интеллигентностью съ несомнѣнными и большими признаками воспитанности, которую, [illegible] онъ укрѣпилъ значительно позже т. е. на студенческой скамьѣ, въ хорошемъ студенческомъ кругу и въ лучшемъ обществѣ людей, [illegible] въ немъ коренныя хорошія качества души; притомъ этому сильно содѣйствовала его симпатичная наружность и добродушіе, которое, однако, не всегда приносило ему личную пользу, т. е. [illegible] человѣческихъ выгодъ въ жизни, которыхъ онъ желалъ себѣ столько же, сколько и людямъ… Нѣкоторое, такимъ образомъ, разочарованіе охладило въ немъ энергію, [illegible] теперь въ точечкахъ, но точечкахъ, не возбуждающихъ въ [illegible] интенсивности и сочиненій вообще. Иными словами [illegible] только показать хорошую идею, [illegible] не остановится ни [illegible] для того, чтобъ онъ [illegible] для достиженія извѣстной цѣли въ извѣстномъ и [illegible] направленіи. Самъ же К. В. какъ будто [illegible] инціативы. Это объясняется его общей [illegible] въ разочарованіи и [illegible], а это [illegible] обстоятельство находитъ себѣ, если [illegible] успокоеніе и укрѣпляется его общей характерной флегматичностью.

Фрагменты рукописной газеты, издаваемой пациентами больницы св. Николая Чудотворца (ЦГИА. Ф. 216. Оп. 2. Ед. хр. 2)

которую онъ унаслѣдовалъ несомнѣнно отъ матери. Его мать была чудная добрая женщина и волновалась только дѣтьми. Отецъ-же его былъ простой человѣкъ, но, наоборотъ — человѣкъ энергичный, оборотливый, знавшiй жизнь и людей и умѣвшiй прекрасно пользоваться удобными случаями и обстоятельствами жизни.

Какъ ученый, К.В. прекрасный психiатръ — интеллигентъ и въ этой области онъ всегда будетъ полезнымъ. Но онъ далеко не психiатръ жизни въ строгомъ значенiи этого слова. Какъ врачъ, — онъ отвѣчаетъ всѣмъ требованiямъ этого значенiя.

2, В.В. Чеховъ.

Прекрасный психiатръ. Но удивительно здѣсь вотъ что: онъ не любитъ философiи, читалъ ее, но, если не мало, то совершенно не знакомъ съ философiей жизни, или онъ отказывается отъ нея только въ извѣстныхъ случаяхъ; но намъ не извѣстны случаи, гдѣ-бы психiатрiя могла обойтись безъ философiи, ибо психологiя вещей не можетъ ни въ коемъ случаѣ обойтись безъ науки высшаго разума т.е. безъ философiи. Но это мы оставляемъ въ тайнѣ Владимiра Владимiровича. Можетъ быть мы и ошибаемся въ указанiи этой замѣченной странности или недосмотра со стороны, что замѣтно также и въ его нѣкоторыхъ заключенiяхъ и научныхъ изслѣдованiяхъ испытуемыхъ-больныхъ. Тѣмъ не менѣе чисто патологическiя указанiя и изслѣдованiя болѣзненнаго состоянiя человѣка отличаются замѣчательной вѣрностью дiагноза и точностью изслѣдованiя. И этого онъ достигаетъ замѣчательной чуткостью врача и проницательностью, а это самое важное и драгоцѣннѣйшее свойство души каждаго человѣка вообще, а врача въ особенности. Заключенiя В.В. отличаются такой справедливостью, что можно съ увѣренностью сказать, что если-бъ ему пришлось давать такое заключенiе о самомъ близкомъ и дорогомъ ему человѣкѣ, то онъ не остановился-бы сказать только одну правду, если-бы эта правда не говорила даже въ пользу близкаго ему человѣка. И это дѣлаетъ Владимiру Владимiровичу честь. Я-бъ и самъ родного батька подъ судъ отдалъ-бы, если-бъ такъ надо было!!.....а самъ въ куточку поплакалъ-бы по немъ... Выкресавъ-бы собѣ вогню и закуривъ-бы люльку съ досады...

3, Л.А. Данковскiй.

Прелесть! Высокiй сортъ человѣка! Но... только объ одномъ жалѣемъ;— онъ нравится женщинамъ. А вы знаете что это значитъ?

По нашему — нѣтъ худшаго несчастья — если мужчина нравится женщинамъ... Боюсь далѣе распространяться объ этомъ. А то Левъ Андреевичъ отъ одного испуга можетъ умереть и осиротить свою милую семью. Добрый, обходительный человѣкъ и прекрасный семьянинъ. Живетъ съ оглядкой, но дѣлаетъ безъ оглядки: — бахъ! — и готово дѣло. Попалъ — хорошо, не попалъ — мимо??? тогда онъ напѣваетъ: „Не моя въ томъ вина... наша жизнь" и т.д. Но онъ счастливецъ и попадаетъ чаще туда куда ему надо. Очень, — очень милый господинъ. Хорошiй врачъ, дѣльный психiатръ и благодушествующiй гражданинъ. Бѣдовый!

3. 295

4,- А. П. Омельченко.

Выбивающійся изъ силъ труженникъ и въ больницѣ, и внѣ ея,
больно чувствующій несправедливое превосходство надъ нимъ лю-
дей, берущихъ себѣ то, что имъ не принадлежитъ. Въ этомъ
то и заключается, главнымъ образомъ, какъ упоминаетъ я въ
спискѣ, главное „уклоненіе"- въ сознаніи такой несправедливо-
сти судьбы. Зато Александръ Павловичъ знаетъ больше нѣко-
торыхъ именно потому, что больно чувствуетъ жизнь и борь-
бу, которая можетъ дать ему, какъ хорошему психіат-
ру, больше точныхъ и вѣрныхъ познаній. Видите-ли что
здѣсь даже уклоненіе содѣйствуетъ развитію познаній и слу-
житъ достоинствомъ психіатра- что пріобрѣтается только горь-
кимъ опытомъ съ той лишь разницей, что другіе это достига-
ютъ врожденной чуткостью души и Александръ Павловичъ этого
достигаетъ ударами судьбы- жизни, и потому именно у него
это выражается болѣзненнымъ уклоненіемъ, но уклоненіемъ, со-
вершенно неугрожающимъ его плодотворной дѣятельности, пото-
ему что- это жизнь дѣлаетъ своего рода операціи души, следы
которой латкамъ заживаютъ и укрѣпляются хорошимъ горь-
кимъ опытомъ. И все это современемъ вознаградитъ Александра
Павловича. Какъ врачъ и ученый, онъ опредѣляется въ лучшемъ зна-
ченіи этого слова.

5,- Г. Селивановичъ.

Это молодой еще жизнерадостный врачъ, очень дѣльный съ
несомнѣнными признаками значительныхъ научныхъ позна-
ній. Но пусть онъ не думаетъ, что для психіатра этого доста-
точно и что онъ обойдется безъ большихъ ошибокъ, которыя
предстоятъ въ его будущей практикѣ при практической его
неосвѣдомленности. Дай Богъ только, чтобъ эти ошибки не
уносили невинныхъ жертвъ. Впрочемъ никакая борьба не обходит-
ся безъ жертвъ. Тѣхъ свѣтлыхъ и вполнѣ идеальныхъ взгля-
довъ Г. Селивановича совершенно достаточно для того, чтобъ
быть добросовѣстнымъ врачомъ и честнымъ человѣкомъ.
И только будущее опредѣлитъ его значеніе, какъ ученаго.
Какъ врачъ- онъ одинъ изъ симпатичнѣйшихъ здѣсь врачей.

Женщины-врачи.

6,- М. А. Соловьева.

Въ лицѣ этой очень симпатичной и ученой женщины мы
видимъ врача съ недюжинными знаніями, умомъ и дипло-
матической тонкостью въ обращеніи съ больными. Именно та-
кое обращеніе вполнѣ соотвѣтствуетъ женщинѣ-врачу, если
только она отказывается отъ дальнѣйшей задачи человѣка.
Но врядъ-ли отъ этого должны отказываться психіатры
Я знаю, что всѣмъ здѣсь врачамъ страшно не понравится
этотъ до нѣкоторой степени якобы наставительный тонъ
и духъ моихъ поясненій. Но мнѣ до этого нѣтъ дѣла. Никто
какъ обстановка, никакое положеніе, никакія обстоятельства
жизни меня не испугаютъ чистосердечно высказать то,
что я вижу и чувствую. И я глубоко такожде тѣмъ не
сомнѣваюсь, что найдутся и такіе, которые въ душѣ ска-
жутъ мнѣ спасибо. А какъ врачъ, Г-жа Соловьева первоста-
тейный.

10.

Хроника.

Въ пятницу, 15 февраля, на III симфоническ. отд. состоился Музыкально-Вокально-Литературный вечеръ, при благосклонномъ участии Г.г.-жъ Е. Г. Фейнбергъ, А. Г. Кельмахиной, Г.г. Кано, Брюнеръ, В.В. Чехова, Д.В. Онуфриковича, Нѣсмировскаго и нѣкоторыхъ испытуемыхъ, больныхъ и служащихъ больницы. Въ заключеніе Г. Лейстъ демонстрируетъ Китайскія тѣни.

Театръ.

8 февраля состоялся прекрасно спектакль. Поставлена была «Женитьба», ком. Гоголя, въ которой приняла благосклонное и доброе участие наша славная Е. Г. Фейнбергъ, чудно проведшая роль свахи Феклы Ивановны съ тонкимъ пониманіемъ этой роли, рѣдкой мимикой и дикціей т.е. она какъ-бы не играла, а совершенно представляла въ роли именно ту самую сваху, которую столь художественно изобразилъ великій писатель. Должны оговориться, что эта оцѣнка таланта Евгеніи Генриховны въ данномъ случаѣ самая безпристрастная, серьезная и внѣ той деликатности, которую вызываетъ благосклонное участие почетныхъ гостей, и въ иномъ случаѣ мы бы не сочли нужнымъ такъ оговариваться, а кричали-бы только фиксамъ изъ деликатности, согрѣтой сердечной благодарностью и признательностью. Вамъ говоритъ это рецензентъ, котораго не рѣдко благодарилъ за указанные недостатки такой артистъ, какимъ былъ покойный Ивановъ-Козельскій и, нынѣ благополучно процвѣтающій М. Л. Кропивницкій, ужь не говоря о др. артистахъ, не пользующихся такой извѣстностью...

Pardon! — это немножко не скромно съ моей стороны похваляться Козельскимъ и Кропивницкимъ, но дѣлаю это съ цѣлью! — т.е. что я говорю Е. Г. Фейнбергъ это серьезно. О новыхъ участникахъ въ этой комедіи (т.к. объ остальныхъ я уже говорилъ послѣ первой постановки здѣсь этой комедіи) слѣдуетъ подчеркнуть очень милую игру г. Василова (новичка) и вообще въ женскихъ роляхъ онъ отличается пріятной мимикой, которую онъ производитъ своими нѣкоторыми внѣшними качествами для женскихъ ролей и только голосъ его выдаетъ въ немъ мужчину! Это наша примадонночка! — очень милая и симпатичная. Развитой, вполнѣ интеллигентный молодой человѣкъ вноситъ много отраднаго и пріятнаго впечатлѣнія какъ своимъ безукоризненнымъ поведеніемъ, воспитанностью и служившимъ примѣромъ такта въ обращеніи со всѣми. Я всегда смотрю на такихъ молодыхъ людей (въ особенности въ столицахъ) съ какимъ-то страхомъ, съ замираніемъ сердца... и я чуткой человѣкъ. Можно-ли себѣ представить, что дѣлается съ любящими родителями — въ особенности съ матерью... Но какое кому-слѣдъ-до этого дѣло... Мы знаемъ только одно: на основаніи такой-то статьи, устава, параграфа и чорта собачьяго быть по сему!...

Этот: А Государь и не узнаетъ этого говорить и не дѣлъ ... гладасъ Законъ... А Онъ только тѣми-же

убийству больного Тараканова или пожару, унесшему жизнь больного Шупанова. По инициативе администрации больницы почти все дела, связанные со смертью больных, разбирались в судебном порядке. Как указывает ревизионная комиссия в своем отчете от 1898 года: «Неудивительно, что при таких условиях пожар, убийство, самоубийство, побеги — все это находит место и без прямого виновника».

Неоднократно — на многочисленных комиссиях, заседаниях Городской Думы и в Обществе психиатров — вставал вопрос о необходимости закрытия больницы св. Николая Чудотворца, в связи с невозможностью правильно устроить лечение и наблюдение для больных в здании тюремного типа. Это во многом и объясняет, что в здании проводился лишь необходимый ремонт и его «приспособление», с надеждой на постройку новой больницы-лечебницы, которая стала бы выполнять центральную роль в организации психиатрической службы Санкт-Петербурга.

Лечебная практика в больнице основывалась на всем тогдашнем арсенале методов лечения, используемых в психиатрии: мушки, пиявки, бромистые препараты, мази с рвотным камнем и особенно водные процедуры — лечебные ванны и холодные обливания. О. А. Чечотт оборудовал водолечебницу в больнице и купальню возле нее на реке Пряжке. Использовались патентованные препараты: аспирин, пирамидон и т. п. Значительная часть лекарств приготовлялась самостоятельно в больничной аптеке. Например, за 1909 было выполнено, согласно одному из отчетов, 198 912 врачебных прописей (т. е. более 600 ежедневно).

Несмотря на вышеперечисленные сложности, главный врач и его подчиненные прилагали огромные усилия для обеспечения досуга и занятости больных, справедливо считая это важным лечебным фактором. Согласно медицинским отчетам, женщины занимались «привычным делом — шитьем и рукоделием» (из-за недостатка средств нередко необходимое для этих занятий покупалось родственниками больных). Организовать труд мужчин было сложнее, они занимались плетением корзин, работали переплетная и сапожная мастерские.

Для развлечения больных в отделениях имелись рояли, бильярды, журналы, газеты, библиотека. Организовывались небольшие музыкальные собрания, игры в карты, шахматы и т. п.; по праздникам проводились большие собрания с танцами и музыкой.

Особо стоит отметить появление в больнице женщин-врачей. «Женщинам-врачам разрешено быть ассистентами и ординаторами больницы св. Николая Чудотворца и больницы «Всех Скорбящих»[25]. На основании этого разрешения в 1884 году в одном из женских отделений начала рабо-

[25] Архив психиатрии, нейрологии и судебной психопатологии. 1884. Том 4. № 2. С. 181.

ту врач А. Ф. Жегина. Практически одновременно с ней в больницу пришли Е. Н. Головина-Скрижинская, П. Н. Тарновская и другие. Благодаря политике руководителя и поддержке всего коллектива больница св. Николая Чудотворца занимала одно из ведущих мест на пути установления женского равноправия.

V

Отдельного описания заслуживает опыт создания филиальных отделений с целью освобождения больницы св. Николая Чудотворца от хронизированных больных. Специально созданные для помещения таких больных Новознаменская больница-колония и больница св. Пантелеймона быстро оказались заполненными, а в силу своего устройства не имели возможности для приема сверхштатных больных.

Для размещения хронизированных больных, переполнявших центральную городскую больницу св. Николая Чудотворца, приходилось использовать нанятые и спешно приспособленные помещения для их призрения, которые числились ее филиалами.

Считались филиалами больницы св. Николая Чудотворца и административно ей подчинялись еще целый ряд подразделений, создаваемых временно городским общественным управлением, чтобы разгрузить «больницу-лечебницу». Административное подчинение всех временных подразделений больнице св. Николая Чудотворца подчеркивало центральную роль больницы, выполнявшую, помимо роли центрального «приемного покоя», и координацию всей психиатрической службы города.

Сразу после передачи больничных заведений городу в 1885 году больница св. Николая Чудотворца получила крупнейший свой филиал — Малоохтинскую больницу. Эта больница была организована в 1882 году из Мариинской Охтинской богадельни Императорского человеколюбивого общества, занимавшей старинное здание «Уткиной дачи», построенное еще в 1790-х. Больница эта предназначалась для 220 «тихих душевнобольных женщин» (позднее расширена до 250 мест), все соматические больные и хроники были выведены в Большеохтинскую больницу. Пожалуй, единственный из всех филиалов (как и все другие — «временный») — малоохтинский филиал соответствовал названию больницы: в нем были помещения для персонала, квартира врача, даже оборудованные мастерские, территория для прогулок больных. Само место над устьем реки Оккервиль, впадающей в Охту, было очень живописным, несмотря на обилие фабрик и производств вблизи больницы. В 1908 году О. А. Чечотт даже предлагал объединить Малоохтинскую больницу, заречные отделения больницы св. Николая Чудотворца и богадельни в одну особую больницу для призрения душевнобольных хроников с центром в Малоохтинской больнице, т. е. представлялась возможной самостоятельная ее деятельность. К сожалению,

проект не был утвержден Городской Думой, сославшейся на «временность» данных учреждений. В 1901 году с той же целью Малоохтинская больница была переподчинена руководству Градских богаделен, также расположенных на Охте, с продолжением призрения душевнобольных. В 1917 году, после ликвидации Градских богаделен, Малоохтинская больница вновь стала филиалом больницы св. Николая Чудотворца (2-й психиатрической больницы), однако уже в 1919–1920 годах была закрыта. Так, создаваясь как «временное учреждение», Малоохтинская больница прослужила городской психиатрии более трети века.

В 1894 году в связи с задержкой открытия Новознаменской больницы Городской Думой было принято решение разместить 100 пациентов в здании закрытой пересыльной тюрьмы на углу Демидова переулка (пер. Гривцова) и Большой Мещанской улицы (Казанская ул.). Здание было неприспособлено для размещения в нем больных и требовало большого ремонта. Сразу с открытием Новознаменской больницы в 1895 году Демидовское отделение было закрыто.

В том же 1894 году в связи с сохраняющимся переполнением больницы св. Николая Чудотворца было открыто Екатерингофское отделение в доме, который до этого использовался Александровской больницей для размещения хронизированных соматических больных. Данное отделение несколько раз расширялось через приобретение соседних домов по Молвинской улице и присоединение городских земель, приспособленных под двор для прогулок. Бывшие дачные домики были неудобны для помещения больных — тесны, не имели достаточного количества лестниц, места для персонала, вентиляции и качественного водоснабжения. Но острая необходимость освободить переполненную больницу св. Николая Чудотворца от хронизированных больных заставляла помещать туда все большее количество пациентов, и к 1917 году в отделении было уже 175 мест.

Схожие, крайне стесненные условия, не соответствующие санитарным требованиям и целям и задачам психиатрии, были и в других, открытых позднее филиалах. Подобно Екатерингофскому, они размещались в сдаваемых в наем домах, спешно приспособленных для содержания душевнобольных.

В 1907 году так же спешно был создан городской патронаж в квартирах горожан, пожелавших принять душевнобольных за определенную плату. Это было первым опытом организации патронажа в Санкт-Петербурге, позднее Н. Н. Реформатским после длительной подготовительной работы был организован Ямбургский патронаж[26].

[26] Ямбургский патронаж был открыт 28 мая 1907 года под руководством Н. Н. Реформатского. Располагался патронаж в деревнях Ямбургского уезда. Был закрыт в 1917 году. Подробнее о нем можно прочесть в работе Н. Н. Реформатского, публикуемой в 1-м томе настоящего издания.

Для лучшего представления хронологии «филиальной» истории больницы св. Николая Чудотворца приводим ее в виде таблицы (см. ниже).

Относились к больнице св. Николая Чудотворца и находились под управлением ее главного врача сначала 50 мест в частной лечебнице врача Соколовской, а затем 70 мест (50 мужских и 20 женских) в больнице «Всех

Филиалы больницы св. Николая Чудотворца

Название филиала	Год открытия	Год закрытия	Современный адрес	Максим. число мест
Малоохтинский (Малоохтинская больница)	1885	1901*	Уткин пр., д. 2	250 тихих женщин
Малоохтинский	1917	1920	Уткин пр., д. 2	175 тихих женщин
Демидовский	1894	1895	Пер. Гривцова (Демидовский), д. 12	100 спокойных мужчин
Екатерингофский	1894	1920	Молвинская ул., д. 3–5 (сейчас набережная реки Таракановки со стороны парка Екатерингоф вблизи Бумажного моста)	175 тихих женщин
Василеостровский	1902	1917	Дом Азарьева, В. О., 20-я линия, д. 9	125 спокойных мужчин
Пороховской	1907	1917	Дом Общества трудолюбия и дом Родионовых, шоссе Революции (Пороховское), д. 31	100 тихих женщин
Новодеревенский патронаж	1907	1917	Частные квартиры в районах Новой Деревни и Черной речки	65 спокойных мужчин
Полюстровский	1908	1920	Дом И. А. Дурдина, Полюстровская наб., 5-в	150 спокойных мужчин
Новоладожский (места в колонии И. В. Маляревского)	1908	1917	Ферма на южном берегу Ладожского озера вблизи деревни Сумской	50 мест для полубеспокойных и слабых больных

* Малоохтинская больница стала отделением Градских богаделен с 1901 года.

Скорбящих», нанимаемых городом для лечения острых больных с 1909 года. Таким образом, частично была решена проблема призрения свежезаболевших больных[27]. Отделения эти, как и городской патронаж, и места в колонии Маляревского, с определенной периодичностью посещались врачами больницы св. Николая Чудотворца.

VI

В 1901 году О. А. Чечотт оставил должность главного врача, что было связано с побегом из больницы находящегося на экспертизе борца за независимость Польши Юзефа Пилсудского[28]. Должность главного врача занял по конкурсу в 1902 году Н. Н. Реформатский. Он подробно описал состояние больницы в работе, публикуемой в настоящем издании. Этой работой он ответил на многочисленные критические публикации в прессе и на заключение комиссии по ревизии больницы.

В довольно сложной ситуации Н. Н. Реформатский проявил незаурядный организаторский талант. Им были получены значительные средства на ремонт отделений, повышена заработная плата сотрудникам (в первую очередь, служительскому персоналу) и, наряду с этим, были серьёзно повышены требования к ним. Главным врачом были разработаны и изданы правила внутреннего распорядка, регламентирующие взаимоотношения между сотрудниками и пациентами. Все это позволило существенно улучшить работу, сняло напряженность внутри больницы и уняло волну критики.

Однако во время общественных волнений 1905 года вновь вспыхнул конфликт в больнице, а Н. Н. Реформатский, будучи человеком несколько формальным и не дипломатичным, не почувствовал настроений коллектива, категорически отказывался идти на компромисс в вопросах руководства больницей и был буквально выдворен из больницы активистами. После этих событий[29] Н. Н. Реформатский формально сохранял должность главного врача, но непосредственного отношения к руководству больницей не имел. Он продолжил заниматься развитием городской психиатрии: им был организован Ямбургский патронаж, он руководил Психиатрическим бюро больничной комиссии, с 1910 года вновь возглавил Новознаменскую больницу.

---

[27] О замечательном в медицинском и бытовом отношениях состоянии больницы «Всех Скорбящих» можно прочесть в работе А. П. Чехова (Седова), публикуемой в томе 1 настоящего издания.

[28] О побеге Ю. Пилсудского можно прочесть в работе Г. В. Рейтца, публикуемой в томе 1 настоящего издания.

[29] События 1905 года также подробно описаны в работе Г. В. Рейтца.

С 1905 года фактическое, а затем и формальное руководство больницей перешло к Константину Владимировичу Охочинскому (1854–1916), наиболее опытному из врачей, ранее неоднократно замещавшему эту должность во время отпусков и болезни О. А. Чечотта. В настоящем сборнике публикуется единственная из известных нам его печатных работ, в которой он, подобно Н. Н. Реформатскому, дал ответ общественности о текущем состоянии больницы св. Николая Чудотворца, остававшейся в трудном положении. В 1910 году К. В. Охочинский по ходатайству коллектива официально занял должность главного врача больницы.

С 1909 года начался перевод хронизированных душевнобольных женщин в Ямбургский патронаж из филиалов больницы св. Николая Чудотворца.

Этот же период ознаменовался двумя трагическими событиями, которые произвели сильное впечатление на общественность и на профессиональное сообщество психиатров и требуют упоминания в историческом очерке больницы:

> 18 сентября 1911 года на амбулаторном приеме в больнице Путиловского завода (где когда-то работал О. А. Чечотт) душевнобольной топором зарубил ординатора больницы св. Николая Чудотворца Дмитрия Ананьевича Радзеевского.
>
> 2 июля 1912 года от руки больного Сизова погиб ординатор больницы св. Николая Чудотворца Роман Андреевич Греккер (1875–1912). (Больной Сизов находился в больнице согласно ст. 95 Уложения о наказаниях. Он в 1907 году совершил убийство, по заключению экспертизы — в состоянии патологического аффекта. Согласно указанной статье, для его выписки он должен был в течение 2 лет не проявлять признаков психического расстройства. Больной неизвестным образом узнал о негативном для него заключении его лечащего врача Р. А. Греккера и принял решение совершить поступок, который привлек бы внимание суда. После убийства врача он не высказывал никакого раскаянья и был признан вменяемым и приговорен к 20 годам каторги.) Смерть Р. А. Греккера столь потрясла сообщество, что было высказано предложение увековечить его память мемориальной доской на здании больницы.

С началом войны, в 1914 году, часть врачей и служительского персонала была призвана на военную службу. Финансирование больницы сократилось, практически прекратился текущий ремонт отделений. Количество больных оставалось прежним и места во всех филиалах больницы св. Николая Чудотворца оставались востребованными вплоть до 1917 года. В больнице появился особый контингент больных, эвакуированных из психиатрических больниц с оккупированных территорий. Изменилась и структура заболеваемости: с введением «сухого закона» с каждым годом снижалось количество больных с алкогольными психозами и алкогольным слабоумием (к 1917 году это были лишь единичные случаи), но тяготы, связанные с войной, увеличили количество больных с психоневрозами. Возросла нагрузка и в связи с желанием передать на попечение своих душевноболь-

ных родственников из семей, которые в мирное время содержали их в домашних условиях. Больница оставалась переполненной вплоть до 1917 года, несмотря на то, что призрением душевнобольных воинов в Петрограде занимались специально созданные временные учреждения (госпиталь при Психоневрологическом институте, временная больница, организованная в Сосновском парке, и ряд других).

В 1916 году, после смерти К. В. Охочинского, временно исполняющим обязанности главного врача был назначен Лев Осипович Финкильштейн (1856–1919) и объявлен конкурс. Однако в связи с тяжелыми военными условиями конкурс так и не состоялся.

Прежде чем продолжить хронологическое изложение истории больницы, остановимся вкратце на утверждении, что больница св. Николая Чудотворца была не только центром практической городской психиатрии, но и одним из крупнейших в стране центров психиатрической науки во второй половине XIX и начале XX веков.

VII

Несмотря на трудные будни больницы, в ней всегда поразительно активно велась научная работа. В первом же годовом отчете временной лечебницы за 1866 год старший врач П. А. Дюков предоставляет сведения о проводимой ординатором О. А. Чечоттом научной работе[30].

Наиболее значимую роль в приобретении городской больницей статуса одного из научных психатрических центров России сыграла неформальная и тесная связь с кафедрой и клиникой Военно-медицинской академии. Абсолютное большинство врачей больницы были выпускниками Академии, причем часто начинали свою профессиональную деятельность как прикомандированные к больнице.

Регулярно проводились научные собрания врачей, на которых поочередно председательствовали наиболее авторитетные врачи больницы, многие из которых имели степень доктора медицины. Почти все врачи больницы состояли в Обществе петербургских психиатров, где выступали с докладами и представляли клинические случаи.

Профиль больницы, в которой с 1843 года наблюдались подвергаемые освидетельствованию в губернском правлении, а позднее в петербургском Окружном суде, сделал ее одним из первых в стране центров судебно-психиатрической экспертизы. Многие из публикаций первых врачей больницы посвящены именно этой проблеме. Роль В. Х. Кандинского, П. А. Дюкова,

---

[30] *Дюков П. А.* Отчет о временной лечебнице для умалишенных при Исправительном заведении в Санкт-Петербурге с 1 января 1866 по 1 января 1867 года (окончание) // Медицинский вестник. 1867. № 29.

О. А. Чечотта и других в разработке проблем судебной психиатрии общепризнана — это вопросы вменяемости, дееспособности, опеки, самой процедуры проведения экспертизы, роли врача-эксперта, разработки законодательства в области психиатрии и многое другое[31].

Активно велись исследования в области клинической психиатрии и ее систематики. С 1865 года в больнице для диагностики и учета использовалась следующая классификация душевных болезней:

1. Hallucinationes;
2. Melancholia;
3. Mania furibunda;
4. Mania ambitiosa;
5. Mania universalis;
6. Fatuitas et amentia;
7. Idiotismus;
8. Paralysis progressiva;
9. Mania socia epilepsia;
10. На испытании.

Она была предельно упрощенной и основывалась, как и все классификации того времени, на симптоматическом подходе. Но учитывая, что во многих лечебницах использовалась классификация, где все душевные болезни делились лишь на сумасшествие и безумие, ее можно считать передовой для своего времени. Врачами больницы осознавалась ограниченность данной классификации. В 1882 году после коллегиального обсуждения для использования была принята классификация немецкого психиатра Р. Крафт-Эбинга (1840–1902), построенная на этиологическом и патогенетическом принципах.



В. Х. Кандинский

А **5 апреля 1886 года Обществом психиатров Петербурга была принята классификация, предложенная В. Х. Кандинским,** с незначительными дополнениями. Новая классификация имела меньшее количество рубрик и носила более прикладной характер, чем классификация Крафт-Эбинга. Сохраняя этиологический и патогенетический подходы в основе построения, она более соответствовала уровню науки того времени. Интересно, что при разработке Международной номенклатуры психических заболеваний на Международном конгрессе по психиатрии в Париже в 1889 году в числе прочего использовалась и Петербургская классификация.

[31] *Морозов Г. В., Лунц Д. Р., Фелинская Н. И.* Основные этапы развития отечественной судебной психиатрии. М.: Медицина, 1976. 336 с.; *Рохлин Л. Л.* Жизнь и творчество выдающегося русского психиатра В. Х. Кандинского. М.: Медицина, 1975. 296 с.; *Кони А. Ф.* Суще-глупые и умом прискорбные. Пг.: Маяк, 1922. 41 с.

Классификация В.Х. Кандинского[32]

I. Hallucinationes (hallucinationes ebriosae и друг. sine alienationae).
II. Melancholia (sine delirio—hypochondriaca—delirica simplex—attonita s. katatonica—transitoria—alcoholica).
III. Mania (simplex s. exaltativa—furibunda—transitoria—gravis alcoholica—acuta perniciosa s. delirium acutum perniciosum).
IV. Ideophrenia (hallucinatoria acuta—katatonica—chronica simplex—hallucinatoria chronica—cum delirio depressivo—cum delirio mixto [сюда между прочим относится и ideophr. alcoholica]—cum delirio initialiter expansivo).
V. Paraphrenia (agoraphobia—mysophobia—délire du doute—Grübelsucht).
VI. Dementia primaria acuta.
VII. Dementia primaria chronica (senilis—alcoholica—e laesione cerebri organica [syphilitica, traumatica etc.]).
VIII. Paralysis generalis progressiva.
IX. Psychoepilepsia (paroxysmatica s. transitoria—continua specifica—dementia epileptica).
X. Psychohysteria (paroxysmatica—continua—melancholica—maniaca—idiophrenica).
XI. Psychosis periodica et psychosis circularis (melancholia periodica—mania periodica—ideophrenia periodica—psychosis circularis).
XII. Delirium tremens potatorum.
XIII. Dementia [et amentia] secundaria (post melancholiam—post maniam—post ideophreniam).
XIV. Imbecillitas.
XV. Idiotismus.
XVI. Psychoses constitutionales cum degeneratione (ideophrenia argutans—insanitas moralis—ideophrenia impulsive).

Особое место в научном наследии нашей больницы занимает развитие учения о психопатиях. В современном нам значении этот термин впервые был использован И. М. Балинским, по предложению О. А. Чечотта, в заключении экспертизы (проведенной в стенах больницы св. Николая Чудотворца) по знаменитому делу Мироновича, Безака и Семеновой. Дальнейшее развитие учения о психопатиях получило в работах П. А. Дюкова, В.Х. Кандинского, Г.В. Рейтца и ряда других врачей больницы.

Публикации врачей больницы св. Николая Чудотворца можно найти во всех психиатрических журналах того времени. Некоторые из них при-

[32] Заседание от 20 марта 1882 года. Протоколы заседаний общества психиатров в С.-Петербурге за 1882 год. СПб.: Типография М.М. Стасюлевича, 1883. С. 8.


БОЛЬНИЦА
СВ. НИКОЛАЯ ЧУДОТВОРЦА
ДЛЯ
душевно-больныхъ въ С.-Петербургѣ.

Краткая исторія возникновенія больницы, ея настоящее
тяжелое положеніе и
этого по

Типографія Н. Н.

Г. В. Рейтцъ.

Патологическая преступность и
уменьшенная вмѣняемость.

Отдѣльный оттискъ
изъ журнала
Современная
Психіатрія.

Отдѣльные оттиски изъ журнала
АРХИВЪ
ПСИХІАТРІИ, НЕЙРОЛОГІИ
И
СУДЕБНОЙ ПСИХОПАТОЛОГІИ.
Редакторъ П. И. Ковалевскій.
Томъ V—1885 г.
ЛОЖНО-СИСТЕМНЫЯ ЗАБОЛѢВАНІЯ
спинного мозга.
Доктора медицины Н. М. ПОПОВА.

Типографія М. Ф. За

PUBLICATIONS DU *PROGRÈS MÉDICAL*
CONTRIBUTION
A L'ÉTUDE DES
FAUSSES SCLÉROSES
SYSTÉMATIQUES
DE LA
MOELLE ÉPINIÈRE
Par P. POPOFF,
Médecin à l'asile Saint-Nicolas à Saint-Pétersbourg.
(Extrait des *Archives de Neurologie*, n° 30, 1885.)
PARIS
AUX BUREAUX DU PROGRÈS MÉDICAL, 14, rue des Carmes
V.-A. DELAHAYE ET LECROSNIER, Place de l'Ecole-de-Médecine
1885

ПРОДАЕТСЯ ВЪ ПОЛЬЗУ
Психо-Неврологическаго Инстит
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕС
ИЗСЛѢДОВАНІЕ
УМОЗАКЛЮЧЕНІЙ У ДУШЕВНО-БОЛЬ
доктора медицины
Л. С. Павловск
Цѣна 75 ко
С.-ПЕТЕРБУРГЪ
1909.

Н. М.
Профессоръ Новороссійскаго Университе
КЛИНИЧЕСКІЯ ЛЕКЦІИ
ПО НЕРВНЫМЪ
БОЛѢЗНЯ
ИЗДАНІЕ ВТОРО
значительно допол
Съ 67 рисунками въ
ИЗДАНІЕ
КНИЖНАГО МАГАЗИНА „ОБРАЗОВАНІЕ",
Коммиссіонера ИМПЕРАТОРСКОЙ Академіи Наукъ.
Одесса, Ришельевская, № 12.
1909.

Д-ръ Н. М. Поповъ.
Орд. профессоръ Императорскаго Новороссійскаго Университета.
ЗНАЧЕНІЕ
НЕВРОПАТОЛОГІИ ВЪ ОБЩЕЙ СИСТЕМѢ
МЕДИЦИНСКАГО ОБРАЗОВАНІЯ.
КАЗАНЬ.
Типо-литографія Императорскаго Университета.
1903.

Труды врачей больницы св. Николая Чудотворца



Труды врачей больницы св. Николая Чудотворца

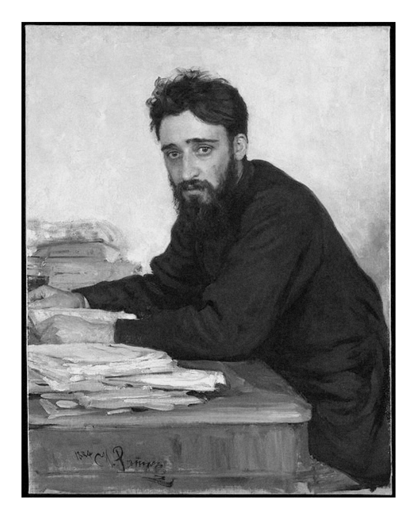
нимали участие в издании журналов, например, на титульном листе московского журнала «Современная психиатрия» мы можем увидеть имена сразу трех врачей больницы св. Николая Чудотворца — Г.В. Рейтца, В.В. Чехова и Г.Я. Трошина.

Врачи больницы активно занимались переводами и реферированием зарубежных изданий по психиатрии и смежным наукам, этот процесс обогащал молодую медицинскую дисциплину и вводил ее в контекст европейской науки. В качестве примеров назовем наиболее значимые: переведенный О.А. Чечоттом в 1875 году труд Г. Модсли «Ответственность при душевных болезнях» с включением главы о русском законодательстве, написанной Чечоттом; В.Х. Кандинский перевел и дополнил новейшими исследованиями «Основания физиологической психологии» В. Вундта; И.М. Сабашников в 1885 году — «Клинические лекции по душевным болезням» Т.С. Клаустона.

Наиболее значимым или даже знаковым для нашей больницы был коллективный перевод врачами труда Эмиля Крепелина «Психиатрия. Учебник для студентов и врачей» с 5-го немецкого издания. Издан он был в 1898 году с разрешения автора и с его предисловием, в котором он выражал благодарность своему «ревностному ученику, а ныне коллеге» Максимилиану Людвиговичу Фальку за деятельное сотрудничество. Авторами перевода были следующие врачи больницы св. Николая Чудотворца: М.В. Игнатьев, Л.Г. Оршанский, П.И. Павловский, Г.С. Сарачев, Н.А. Сокальский, М.Л. Фальк и Л.О. Финкильштейн. Переводчики обратились, выражаясь современным языком, за спонсорской помощью к Александру Григорьевичу Неболсину (1842–1917) — председателю комиссии по профессиональному образованию при Русском техническом обществе. Согласно его желанию, вся прибыль от издания предназначалась в пользу школ Императорского русского технического общества. Небезосновательно можем предположить, что поводом для обращения к А.Г. Неболсину послужил Второй съезд русских деятелей по техническому и профессиональному образованию в 1895–1896 годах, где впервые широко обсуждались вопросы использования достижений психиатрической науки в образовании.

Не ограничиваясь естественнонаучными методами, психиатры обращаются к богатству наблюдений художественной литературы. И.А. Сикорским был «прочитан глазами психиатра» рассказ В.М. Гаршина «Красный цветок», в котором врача привлекла «картина болезненного самочувствия больного, освещенная тонким, проницательным анализом художественного таланта». *Работа стала одной из первых отечественных патографий, открыв новое направление для российской психиатрической литературы.* Всеволод Гаршин в частной переписке отмечал глубокое понимание Сикорским этого произведения. С больницей св. Николая Чудотворца связана трагическая сторона жизни писателя: в конце 1872 он был госпитализирован в нее, затем

переведен в частную клинику А.Я. Фрея (1839–1899). Психопатологический анализ литературных героев вызвал интерес у писателей и читательской аудитории. Многолетнее посещение больницы св. Николая Чудотворца Н.С. Лесковым также связано с драматическими семейными обстоятельствами его жизни. Более 15 лет он навещал здесь тяжелобольную первую жену О.В. Смирнову. Его сын Андрей в книге об отце упоминает о его дружеских отношениях с О.А. Чечоттом и смотрителем В.Л. Охочинским. И.Е. Репин навещал здесь своего друга, поэта К.М. Фофанова, и среди посетителей больницы увидел типаж для своих «Запорожцев…»[33].



И.Е. Репин.
Портрет В.М. Гаршина

VIII

Имеющиеся у нас данные о раннем советском периоде неполны, часто фрагментарны и сложны для интерпретации. Данный период истории психиатрической службы Петербурга—Ленинграда до настоящего времени недостаточно исследован и требует тщательной разработки.

Недолгое время в 1917–1918 годах главным врачом больницы был Г.Я. Трошин, выбранный коллективом. Он вернулся в больницу после событий 1906 года, но вошел в конфликт с коллективом и 14 января 1918 года был снят с должности. В 1918 году на должность главного врача был выбран коллективом Г.В. Рейтц (утвержден он был в должности Губздравом только в 1921 году, до этого считаясь лишь «исполняющим должность главного врача»). С 1918 года психиатрическая служба города была реорганизована: в ее состав вошли больница «Всех Скорбящих», Дом призрения императора Александра III, частная лечебница А.Э. Бари и ряд других учреждений. Больницы были лишены своих наименований и стали обозначаться по номерам — больница св. Николая Чудотворца стала 2-й психиатрической больницей Комиссариата здравоохранения Союза коммун Северной Области[34].

В годы революции, Гражданской войны и интервенции условия в больнице были тяжелейшими. Смертность душевнобольных в 1917 году в психиатрических больницах Петрограда, по данным В.П. Осипова, состави-

---

[33] *Прибульская Г.* Репин в Петербурге. Л.: Лениздат, 1970. 124 с.
[34] Декрет Совета Народных Комиссаров от 18 июля 1918 года.

ла 53%[35]. Пациенты умирали от голода, в больнице не было отопления и зимой частыми среди больных стали обморожения, пациенты спали по несколько человек в одной кровати, чтобы согреть друг друга. Высокая смертность больных, снижение численности населения Петрограда более чем в 3 раза, ужасающие условия в больницах, заставляющие родных при малейшей возможности забирать больных домой, — все это привело к значительному уменьшению численности душевнобольных в стационарах города. Следствием этого стало сокращение числа мест для душевнобольных: была закрыта больница-колония в Новознаменской даче (она была превращена в реформаторий[36], а позднее в исправительную колонию), больница св. Пантелеймона (получившая № 4) была преобразована в военный госпиталь, были закрыты все филиалы психиатрической больницы № 2, а в самой больнице на первом и втором этажах разместился сыпнотифозный госпиталь для красноармейцев; на оставшихся местах находилось менее 400 душевнобольных. Сотрудникам удалось не допустить предполагавшееся ее закрытие.

Разрушение сети психиатрических заведений вследствие послереволюционной разрухи продолжалось до 1923 года, когда началось восстановление медицинской службы Петрограда. С восстановлением населения города психиатрическая служба столкнулась с теми же проблемами — больницы быстро заполнились и переполнились больными, большую часть которых составляли хроники (тем более что не была возвращена Губздравотделу Новознаменская больница и не были восстановлены утраченные филиалы 2-й психиатрической больницы). В наиболее сложной ситуации оказалась 2-я психиатрическая больница, сохранившая уникальные функции. Как писал Л. А. Прозоров: «2-я психиатрическая больница служит психприемником для всего Ленинграда и губернии, принимает без отказа больных, направляемых Губздравом, скорой помощью, милицией, доставляемых родственниками и т. д.»[37]. Там же Л. А. Прозоров приводит и цифры поступлений больных за 1925 и 1926 годы, приближающиеся, а затем и превосходящие 3500 человек. Чрезвычайное переполнение больницы привело к тому, что в 1927 году был издан приказ о временном прекращении приема.

При Губздравотделе в начале 1920-х годов был создан консультативный орган — Невропсихиатрический совет, в состав которого входили про-

---

[35] *Осипов В. П.* О душевных заболеваниях и душевной заболеваемости в Петрограде в условиях настоящего времени // Известия Комиссариата здравоохранения петроградской трудовой коммуны. 1919. № 7/12. С. 22–28.

[36] Реформаторий — Исправительно-педагогическое заведение для малолетних правонарушителей.

[37] *Прозоров Л.* Ленинградская психиатрическая организация // Бюл. Народ. комиссариата здравоохранения. 1927. № 5. С. 44–47.

фессора, главные врачи, сотрудники Губздравотдела. Он выполнял функции координации деятельности всех психиатрических учреждений города.

С 1923 года на базе 2-й психиатрической больницы начала функционировать кафедра психиатрии Государственного института дополнительного усовершенствования врачей (ГИДУВ) под руководством профессора К. И. Поварнина (1877–1963). Для нужд кафедры позднее была организована клиника (приблизительно на 30 кроватей) в спокойном женском отделении на 4 этаже, отличавшаяся лучшими условиями, чем во всей остальной больнице. Перевод из клиники, по словам Л. А. Прозорова, для больного становился «большой психической травмой».

Несмотря на сложные социально-политические и бытовые условия, врачи больницы продолжали вести активную научную деятельность — проводились заседания научного общества врачей больницы, представители больницы принимали участие в психиатрических съездах, в деятельности возобновившего свою работу Общества психиатров, организовали целый ряд исследовательских лабораторий (рефлексологическую, серологическую, патологоанатомическую и др.) и т. д. Рефлексологической лаборатории 2-й психиатрической больницы в 1926 году было присвоено имя ее научного руководителя В. М. Бехтерева.

В 1930 году произошла смена администрации — Г. В. Рейтц, руководивший больницей в самые тяжелые послереволюционные годы, по неизвестным нам причинам оставил должность главного врача. Некоторое время в должности главного врача был (возможно лишь исполнял обязанности) Н. Д. Успенский. В 1932 году была предпринята попытка организации «рабочего управления больницей» — введена должность директора с «доминированием хозяйственно-административного управления», в ведении главного врача оставались лишь медицинские вопросы. Должность директора занял некто Александров (иных данных о нем не имеем), но занимал эту должность он всего 6 месяцев, после чего должность была упразднена. С 1933 года больницу возглавил А. Л. Шнирман[38].

В 1933 году в Ленинграде было проведено районирование стационарной психиатрической помощи, по образцу московской психиатрической службы. 2-ю психиатрическую больницу освободили от функции центрального приемного покоя, и она стала одной из районных психиатрических больниц, утратив статус центральной больницы города, который официально имела с 1872 года.

В 1933–1934 годах Октябрьским райздравом была проведена масштабная реорганизация больницы. Наиболее значимым нововведением было раз-

---

[38] См. биографическую заметку в конце данного тома.



Первый выпуск сестринской школы. 1936 год
Второй ряд снизу: **3-й слева — Н. В. Конторович, 5-й — А. Л. Шнирман**

укрупнение и увеличение количества отделений (из 7 было организовано 17)[39].

В этот период в больнице активно внедрялись новые способы лечения — малярийная терапия, инсулинотерапия, лизотерапия, гематоплацентарная терапия, сульфазинотерапия и многие другие. Были организованы электрофизиотерапевтический кабинет, стоматологический кабинет, **отдельно стоит отметить организацию хирургического отделения, по сути первого соматопсихиатрического отделения в стране**. В хирургическом отделении проводились операции в связи с соматическими заболеваниями у душевнобольных не только 2-й психиатрической больницы, но и других психиатрических больниц города.

В 1930-х годах открылись курсы для повышения квалификации среднего и младшего обслуживающего персонала под руководством врача Н. В. Конторовича. Первый выпуск школы медицинских сестер состоялся в 1936 году.

С 1932 года началось сотрудничество больницы с кафедрой психиатрии 1-го Ленинградского медицинского института (заведующий кафедрой про-

[39] Более подробно о проведенной реорганизации можно прочесть в статье А. Л. Шнирмана, опубликованной в настоящем издании.

фессор П. А. Останков). На базе мужского спокойного отделения больницы была организована клиника. П. А. Останков и сотрудники кафедры (вслед за сотрудниками кафедры ГИДУВА) активно включились в работу больницы. В клинике проводились «Останковские среды» с интереснейшими разборами больных и обсуждением современных течений в психиатрии. В 1932 году 2-й психиатрической больнице передается лечебное хозяйство в Вырице со значительной территорией и возможностью ведения различных сельскохозяйственных работ. В 1933–1934 годах главным врачом Вырицкого филиала был известный психиатр И. Ф. Случевский. Лечхоз оставался в ведении больницы и после войны, он был упразднен только в конце 1940-х—начале 1950-х годов.

В 1938 году больницу возглавил Борис Михайлович Добротин[40], сменивший А. Л. Шнирмана, отошедшего в дальнейшем от психиатрии и посвятившего себя преимущественно вопросам научной психологии и преподаванию.

IX

С началом Великой Отечественной Войны многие из сотрудников ушли на фронт добровольцами или были призваны в ряды Вооруженных Сил. В числе добровольцев был и главный врач Б. М. Добротин, на его место был назначен Теодор Яковлевич Хвиливицкий (1908–1989).

Свою деятельность Т. Я. Хвиливицкий начал с реорганизации больницы в объект МПВО (местной противовоздушной обороны). В больнице был введен пропускной режим, ограничено время посещения родственниками, обозначены часы приема врачей, строгими мерами, «вплоть до сдачи в милицию», запрещено нахождение посторонних на территории больницы. На первом этаже было оборудовано убежище, проведены мероприятия по предупреждению пожаров, созданы отряды противопожарной охраны. Организована светомаскировка — темными шторами и плотной бумагой. Оставшиеся сотрудники привлекались к трудовой повинности и участвовали в создании оборонительных сооружений в районе больницы им. А. Фореля (бывш. больница «Всех Скорбящих»), под личным контролем главного врача.

С первых месяцев войны сотрудники больницы были переведены на казарменное положение. За самовольное оставление общежития на территории больницы сотрудникам объявлялся строгий выговор, а при повторном нарушении дело могло быть передано в трибунал для рассмотрения по законам военного времени.

---

[40] Ассистент кафедры психиатрии 1-го ЛМИ. Сведений о нем разыскать не удалось.

3 августа 1941 года, в связи с приближением врага к городу, во 2-ю психиатрическую больницу была переведена психиатрическая больница № 1 им. Августа Фореля вместе с кафедрой психиатрии Военно-Морской медицинской академии (заведующий кафедрой профессор А. К. Ленц (1882–1952)). Кафедра находилась в больнице вплоть до эвакуации в г. Киров.

В сентябре 1941 года в больнице были развернуты дополнительные «оперативные койки» для душевнобольных бойцов, в связи с чем Ленгорздравотделом ко 2-й психиатрической больнице были прикомандированы врачи больницы им. А. Фореля и института им. В. М. Бехтерева, среди них были Е. С. Авербух и И. Ф. Хвиливицкая.

Тяготы блокадного быта общеизвестны: прекратилась подача электроэнергии, было отключено водоснабжение, начался голод. Многие из сотрудников погибли от холода и недостатка пищи, в том числе врачи Ф. А. Наумов, М. Г. Гольцман и ряд других. Для персонала больницы и членов их семей на первом этаже было развернуто отделение лечения алиментарной дистрофии. Это отделение, созданное стараниями Т. Я. Хвиливицкого, спасло жизнь многим из сотрудников больницы.

Изменился характер психических расстройств. На фоне дистрофии отмечалось большое количество психозов истощения, реактивных психозов. Уменьшилось количество отказов от пищи среди больных. Многие старались попасть в больницу, где была возможность питаться, но не все из них страдали психическими расстройствами, и нередко приходилось отказывать в госпитализации.

В ночь с 4 на 5 апреля 1942 года на территорию больницы упали 2 фугасные бомбы, разрушившие два крыла больницы. В результате бомбежки из 1300 коек больницы из строя было выведено 600. 29 мая 1942 года больница была эвакуирована в специально подготовленные павильоны 3-й психиатрической больницы, во 2-й психиатрической больнице осталось только 77 нетранспортабельных больных и один врач — А. М. Лукина.

20 июня 1942 года главным врачом больницы был назначен Михаил Яковлевич Ляховицкий, больница возобновила свою работу со штатом в 300 коек на 5 отделениях. В больнице был восстановлен штат врачей, включая и соматических специалистов.

Поразительно, но даже в этих условиях сотрудниками больницы велась научная работа. Проводились еженедельные конференции врачей, на которых обсуждались результаты научных исследований сотрудников, докладывались рефераты публикаций, проходили клинические разборы больных. М. Я. Ляховицкий в 1943 году защитил диссертацию на соискание ученой степени кандидата медицинских наук «Отдаленные результаты малярийной терапии прогрессивного паралича».

В данном издании целый ряд статей посвящен этому сложному и трагическому периоду истории нашей больницы и городской психиатрии: это

работы А. С. Левиной, Т. Я. Хвиливицкого, И. Ф. Хвиливицкой, М. Я. Ляховицкого, к которым мы и отсылаем читателя для более полного знакомства.

X

После окончания войны больница продолжила свою работу, хотя и оставалась разрушенной значительная часть ее главного здания (оба боковых крыла) и вмещала она лишь 800 больных. Больница обслуживала центральные и южные районы города — Октябрьский, Московский, Фрунзенский, Куйбышевский, Ленинский и Кировский. Со временем, в соответствии с приказами Ленгорздравотдела, не раз менялись районы обслуживания. Позднее больница оказывала помощь населению Невского района, Пушкина, Кронштадта, Колпино, Нарвы 1 и Петродворца.

В больнице сохранилось эвакоотделение, она принимала всех иногородних больных в городе, осуществляя в последующем их эвакуацию в различные регионы страны по месту жительства. Специальное отделение, как в довоенные годы, не организовывалось, и больные размещались на общих отделениях в зависимости от их состояния. В 1955 году функции эвакоприемника были переданы в организованную психиатрическую больницу № 4 (на Лиговском проспекте).

9 апреля 1951 года из психиатрической больницы № 3 им. И. И. Скворцова-Степанова было возвращено судебно-психиатрическое отделение, которое было выведено из 2-й психиатрической больницы при эвакуации 1942 года.

Всего к 1951 году больница располагала 12 отделениями:

7 отделений женских:

— лазаретное для соматических слабых больных с двумя изоляционными палатами для инфекций и специально оборудованной операционной комнатой (хирургическое отделение не восстанавливалось), позволяющей проводить любые хирургические вмешательства в тех случаях, когда больной по своему психическому состоянию не мог быть переведен в соматический стационар;

— 4 полубеспокойных;

— 1 особо беспокойное;

— 1 спокойное;

5 отделений мужских:

— лазаретное;

— особо беспокойное;

— полубеспокойное;

— спокойное;

— судебно-психиатрической экспертизы (для женщин, находящихся на экспертизе, было отведено 10 коек в 9-м полубеспокойном отделении).

Позднее судебно-психиатрическое отделение было расширено и стало смешанным. Оно было переведено в здание «кухонного флигеля», расположенного во дворе больницы. В 1950-е годы, в связи с большим количеством амбулаторных экспертиз, проводимых врачами больницы, были разделены стационарная и амбулаторная экспертизы. Отделения судебно-психиатрической экспертизы в 1972 году были переведены в психиатрическую больницу № 5 (в настоящее время Городской психоневрологический диспансер № 7 со стационаром) вместе с рядом сотрудников и судебно-психиатрическим архивом. На этом закончилась история экспертных коек, с которой началась история больницы в 1842 году, еще до ее юридического основания.

Лишь к концу 1960-х гг. завершилось восстановление больницы. Прежде всего, были восстановлены разрушенные правое и левое крылья больницы — основное здание больницы стало вмещать более тысячи пациентов. Вернее, на 800 штатных койках размещалось свыше 1000 человек. Переполнение больницы приводило к большому количеству несчастных случаев (в 1956 году произошло 1560 нападений больных на персонал и 1507 нападений больных друг на друга). В отчете за 1956 год указывается, что «в ночное время "кровати" из составленных стульев (по 6 стульев на кровать) расставлялись по всей длине коридора (до 18 "кроватей"), так что почти невозможен был проход через коридор, а в палатах койки, приставленные почти вплотную друг к другу, не давали фактически доступа к больным».

В больнице использовались все современные методы лечения, врачи 2-й психиатрической больницы одними из первых активно включались в апробацию новых методик. Использовались: инсулинотерапия, электросудорожная терапия, терапия сном, тканевая терапия по Г. Е. Румянцеву, сульфазинотерапия и др. В 1956 году в больнице началось использование «нейроплегической терапии» — первые больные в порядке опыта получили аминазин и резерпин. А уже с 1957 года аминазин и резерпин вошли в повседневную практику. Врачами больницы была разработана инструкция по применению аминазина. Позднее во всех отделениях были оборудованы аминазиновые кабинеты.

Продолжалось традиционное сотрудничество с наукой — проходили еженедельные научные конференции врачей, врачи больницы вели целый ряд исследований и привлекались к исследованиям, проводимым ведущими научными учреждениями города. В 1953 году был создан Научный совет больницы под председательством проф. А. З. Розенберга. В его состав вошли заведующие отделениями, а также представители научно-исследовательских учреждений, с которыми больница имела договор о сотрудничестве. **Среди городских больниц это был первый опыт создания совета для координации и организации практической и научной работы (пред-**

теча организованных значительно позже научно-практических объединений). Многие из врачей больницы имели многочисленные публикации, защищали диссертационные исследования.

С сентября 1952 года в больницу возвращается кафедра психиатрии 1-го Ленинградского медицинского института (зав. кафедрой проф. Н.И. Озерецкий). Кафедра психиатрии 1-го ЛМИ организовала клинику на двух спокойных и одном полубеспокойном отделениях, ставшую основной клинической базой кафедры. Кафедра организовывала консультации специалистов 1-го ЛМИ самого высокого уровня (гинекологи, оториноларингологи, эндокринологии, хирурги и т.д.).

Активное научное сотрудничество велось с многочисленными научными и образовательными учреждениями: НИПНИ им. В.М. Бехтерева (консультант проф. Е.С. Авербух), клиникой психиатрии Института физиологии АН СССР (проф. А.С. Чистович), кафедрой высшей нервной деятельности ЛГУ (проф. К.М. Быков), кафедрой патопсихологии Педагогического института им. А.И. Герцена, отделом физиологии Института экспериментальной медицины (зав. академик П.С. Купалов), отделом морфологии Института физиологии им. И.П. Павлова, кафедрой патофизиологии Военно-Морской медицинской академии (проф. В.С. Галкин).

В 1965 году больница широко отметила свое 100-летие, датой основания больницы приняли 1865 год — год учреждения временной лечебницы для умалишенных в здании Исправительного заведения. По материалам конференции был опубликован сборник трудов. К этой дате было приурочено открытие больничного музея.

В 1971 году кафедра 1-го ЛМИ была переведена на новую клиническую базу в психиатрическую больницу № 6. С 1975 года на базе больницы находится кафедра психиатрии Ленинградского санитарно-гигиенического медицинского института (позднее СПбГМА им. И.И. Мечникова, а с 2011 года Северо-Западный Государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова).

С 1973 года 2-я психиатрическая больница официально становится базой Научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. Старший научный сотрудник д.м.н. Ю.Л. Нуллер ведет на базе 9-го и 16-го отделений (зав. отделениями В.А. Точилов и М.А. Ефимова) работу по изучению новых психофармакологических препаратов, ведутся исследования аффективных психозов.

Сотрудники кафедр и НИИ активно участвовали в работе больницы — проводили консультации, читали лекции, проводили курсы повышения квалификации, помогали в экспертной работе и т.д.

Среди консультантов больницы можно назвать таких известных ученых, как проф. А.З. Розенберг, проф. Н.И. Озерецкий, проф. Н.Н. Тимофеев, проф. Д.С. Озерецковский, проф. Е.С. Авербух, проф. И.Е. Кашкаров,

проф. Т.Я. Хвиливицкий, проф. И.Ф. Случевский, проф. Ф.И. Случевский, проф. А.С. Чистович, проф. В.С. Галкин, проф. Ю.Л. Нуллер, проф. Л.Б. Гаккель, проф. А.И. Шапиро, доц. С.И. Коган, доц. Л.С. Мучник.

Интересно, что в 1950-е годы до 30% поступивших больных были консультированы профессорами, например в 1951 году из 3040 больных было проконсультировано 1050. Также до 30% больных консультировалось главным врачом и заместителем главного врача по лечебной работе, что указывает на высокий уровень оказываемой помощи.

XI

Очередной непростой период в истории страны оказался таковым и в истории больницы. В 1977 году главным врачом больницы, на смену Б.Е. Миронову, назначается Леонид Адамович Деньчук. Охотно и небезуспешно занимаясь хозяйственными вопросами, он, к сожалению, рушит многочисленные, сложившиеся десятилетиями медицинские традиции.

Л.А. Деньчук инициирует прекращение сотрудничества с НИПНИ им. В.М. Бехтерева — закрываются отделения «аффективной патологии» (профессор Ю.Л. Нуллер продолжит свою работу в психиатрической больнице № 3 им. И.И. Скворцова-Степанова). Разрываются отношения с дефектологическим факультетом Ленинградского педагогического института им. А.И. Герцена, который базировался на 4-м отделении больницы (доцент Ю.Г. Демьянов).

По более чем странным мотивам — «борьбы с устаревшим» — ликвидируется библиотека — книги сваливают в полуподвальное помещение, где они мокнут, разрушаются грибком и грызунами, разворовываются.

Библиотека, созданная еще П.А. Дюковым, более века постоянно пополнялась регулярными изданиями, российскими и иностранными, новинками профессионального книгоиздания, личными собраниями О.А. Чечотта, Б.В. Томашевского и многих врачей больницы. Передавали свои труды в библиотеку В.М. Бехтерев, В.Х. Кандинский, И.Ф. Случевский, А.В. Снежневский и другие известные ученые. И вот эта уникальная библиотека, бережно сохраненная в лихолетье революции, гражданской войны и блокады, варварски уничтожается…

Колоссальный ущерб больнице был нанесен антисемитизмом Л.А. Деньчука, который вел целенаправленное выживание из больницы евреев. Многие опытнейшие врачи были вынуждены оставить свои должности, что не могло не сказаться пагубно на профессиональном уровне больницы. Больница, в которой изначально бок о бок трудились русские, поляки, немцы, евреи, буквально обескровливается.

Хорошие отношения с руководителями городского здравоохранения позволили Деньчуку, несмотря на многочисленные жалобы, довольно дол-

го оставаться «у руля», однако в 1984 году ему было рекомендовано уволиться «по собственному желанию».

На его место переводится главврач психиатрической больницы им. П.П. Кащенко (Ленинградской) Арнольд Петрович Зайцев. Но, увы, «мрачные времена» для больницы продолжаются. А. П. Зайцев приводит с собой целый ряд «своих» врачей, назначает их на руководящие должности, возникает перманентная конфронтация с основной частью коллектива.

Конфликт разрастается, углубляется. Часть сотрудников, не выдержав авторитарного руководства, культивируемой атмосферы доносительства и провокаций, покидают больницу, другие, совместно с единственной оставшейся на базе больницы кафедрой ЛСГМИ, начинают борьбу с главврачом и его сторонниками.

Конфликт выходит за пределы больницы: многочисленные комиссии занимаются проверками, «Ленинградская правда» публикует статью В. А. Точилова (в то время ассистента кафедры психиатрии ЛСГМИ) о ситуации в больнице.

В 1988 году по результатам работы особой комиссии Комитета партийного контроля ЦК КПСС (высшего контролирующего органа того времени) А. П. Зайцев был освобожден от занимаемой должности. Активность персонала, целеустремленность в достижении своих целей и борьбе за свои права во многом являются отражением состояния «революционного подъема» в обществе тех лет. Напрашивается аналогия с подобной ситуацией в больнице в 1905–1906 годах, которая также была частью общей картины того врнмени. К сожалению, в эти же годы — по недосмотру или по злому умыслу — был ликвидирован созданный при Б. Е. Миронове музей истории больницы.

Итак, 1988 год. Руководством здравоохранения города на должность главного врача больницы был предложен и избран на общем собрании коллектива главный врач психоневрологического диспансера Невского района Борис Алексеевич Александров, прекрасно проявивший себя на прежнем месте работы. Умный, спокойный, рассудительный человек, он смог наладить отношения с коллективом, погасив конфликт и проявив положительные личностные качества[41]. Однако сложный период конца 1980-х— начала 1990-х поставил целый ряд задач, с которыми Б. А. Александров справиться не смог. Приняв больницу в тяжелейшем состоянии, он не смог решить многочисленные проблемы, прежде всего, оперативно-хозяйственного плана. Б. А. Александров неоднократно говорил, что «не видит у 2-й психиатрической больницы будущего», что удручающе действовало на него, к тому же прогрессировало ухудшение состояния его здоровья.

---

[41] Продолжая аналогию, нельзя не вспомнить о личности К. В. Охочинского, погасившего революционный настрой коллектива после ухода Н. Н. Реформатского.

В 1991 году по результатам многочисленных проверок, инспекций, работы комплексных комиссий Главное управление здравоохранения Ленгорисполкома приходит к выводу о невозможности продолжения работы больницы. Лишь острая необходимость в стационарных койках для психически больных не позволила закрыть старейшую психиатрическую больницу города. Б. А. Александров оставил должность по собственному желанию, перейдя на работу в ПБ № 3, где он уже работал ранее. Состояние его здоровья все ухудшалось, и в 1997 году он скончался.

Больницу в 1992 году возглавил Сергей Яковлевич Свистун, работавший до этого назначения главврачом ПНД Московского района и заведующим районным отделом здравоохранения.

Политическое и экономическое напряжение в стране, связанное с распадом СССР, привело к очередному в истории больницы финансовому коллапсу: средств хватало только на питание больных (и то — скверное!) и самые необходимые медикаменты. Хозяйственные расходы были сведены к минимуму. С большим трудом удалось восстановить жизнеспособность больницы, привести в порядок обветшавшие инженерные коммуникации, начать ремонт помещений, наладить материальное обеспечение. В этой работе прекрасно проявили себя зам. главного врача по хоз. части С. Д. Константинов, а с 1993 года С. Х. Мартиросьян (работает директором больницы по настоящее время).

В 1993 году больнице, по ходатайству ее коллектива, было возвращено имя св. Николая Чудотворца (Решение Малого совета Исполкома Горсовета народных депутатов № 276 от 07.07.92) Была возобновлена работа больничной церкви, где с 1997 года проводятся регулярные службы священниками Храма Воскресения Христова (первые годы о. Николай (Шорохов), а в настоящее время о. Георгий (Пименов)).

Еще в 1988 году Главным управлением здравоохранения Ленинграда было принято решение о перепрофилировании трех отделений в отделения специализированного типа для принудительного лечения. Необходимые работы по перепланировке и реконструкции помещений требовали не только тщательной медико-технической проработки, но и серьезных затрат. *Три мужских отделения специализированного типа удалось открыть лишь в 1998–99 гг. Других отделений такого профиля в городе нет до сих пор, несмотря на очевидную потребность в них.* Большая заслуга в организации, становлении, дальнейшем функционировании отделений принадлежит зам. главного врача по лечебной работе М. Ф. Денисову (работает в больнице с 1998 года по настоящее время).

В 1995 году было организовано и открыто отделение ранней восстановительной терапии (реабилитационное) на 50 мест. Идеологическим основанием для этого стали работы профессора М. М. Кабанова и работа отделения аналогичного профиля в НИПНИ им. Бехтерева. *Это было пер-*

вое реабилитационное отделение в психиатрических больницах города. Особо следует отметить работу, проделанную по созданию этого отделения Т. А. Каубиш и Е. Ю. Деевой. К 10-летию отделения в 2005 году была проведена городская научно-практическая конференция и выпущен сборник «Современная психиатрия: реабилитация» под редакцией С. Я. Свистуна. Первый сборник «Современная психиатрия: теория и практика» под редакцией С. Я. Свистуна и М. Ф. Денисова был выпущен в 2001 году к 130-летнему юбилею больницы.

С 2001 года в больнице по инициативе зам. главного врача по работе со средним медицинским персоналом Александра Петровича Стрельникова (28.07.1957–13.10.2009) *выпускается больничная газета «Матисов остров»* (к настоящему моменту выпущено 77 номеров), над созданием которой работают совместно сотрудники больницы и пациенты. Выпущено шесть сборников «Стихи поэтов Пряжки».

Этот же период ознаменовывается организацией и развитием арт-терапевтического направления в больнице (врач Лидия Николаевна Берегулина). В 2003 году состоялась первая выставка изобразительного творчества душевнобольных в музее-квартире А. Блока, с тех пор работы из больницы св. Николая Чудотворца постоянно экспонируются на региональных, республиканских, международных выставках аутсайдерского творчества.

В 2010 году реабилитационная работа в больнице была возложена на специально созданное отделение (функциональное), объединившее специалистов по различным арт-терапевтическим направлениям, терапии занятостью, трудотерапии, психотерапевтов и психиатров (зав. Ю. В. Рыжкова).

В 2007 году структурно выделена социальная служба больницы, что позволило более оперативно, успешно решать всё возрастающие задачи по социальной поддержке больных, находящихся на стационарном лечении (зав. В. В. Лопатина).

С 1995 года проводятся работы по «информатизации» больницы, созданию базы данных, компьютеризации рабочих мест, разработке электронной истории болезни. Создан информационно-аналитический отдел, который бессменно возглавляет подвижник внедрения IT-технологий в медицинской практике А. В. Харламов.

В больнице был проведен капитальный ремонт «магистральных» коридоров и помещений первого этажа, лестниц, конференц-зала, душевых, туалетов, вспомогательных кабинетов и отделений. Проводится оснащение и переоснащение лабораторным, диагностическим, лечебным оборудованием.

Последние два десятилетия ознаменовались и кардинальными изменениями в работе больницы, связанными с законом «О психиатрической помощи и охране прав граждан при ее оказании» (1992). Потребовалась серьезная

многосторонняя деятельность по пересмотру медицинской документации, обучению персонала, организации взаимосвязи с судами, надзорными органами, правозащитными организациями. К этому можно добавить и введение процедуры лицензирования медицинских учреждений. Эта глубочайшая трансформация самой сути больничной работы была успешно осуществлена благодаря ответственной профессиональной работе заместителей главного врача по лечебной работе Татьяны Валерьевны Куковицы и Михаила Федоровича Денисова.

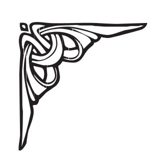
Совокупность организационных и терапевтических мероприятий позволила сократить 250 коек (240 — в 1996 году и 10 — в 2011 году), доведя их количество до 1000 коек на 01.01.2012 г. (в т.ч. 120 специального типа для принудлечения, 50 реабилитационных, 445 мужских, 385 женских).

С 1975 года больница предоставила клиническую базу для кафедры психиатрии и наркологии Ленинградского санитарно-гигиенического института (ныне, после слияния с ним СПбМАПО, — Северо-Западного медицинского университета им. И.И. Мечникова). До 1993 года кафедру возглавлял профессор Ф.И. Случевский, затем профессор В.А. Точилов, с 2011 года профессор Е.В. Снедков. Совместная с кафедрой работа позволяет сохранить на высоком уровне профессионализм врачей: подготовлены десятки интернов и ординаторов, ежегодно проводятся курсы повышения квалификации для врачей, совместные конференции и клинические разборы.

Очевидно, что сегодня, спустя 140 лет со дня ее учреждения, больница является одним из ведущих и крупнейших психиатрических стационаров Санкт-Петербурга.

Истории больницы св. Николая Чудотворца — всегда нелегкой, иногда загадочной, часто трагической, вобравшей в себя судьбы тысяч подвижников, в меру сил своих и возможностей старавшихся помочь тысячам и тысячам пациентов, прошедших через ее палаты, посвящаем мы это издание.

В.А. Некрасов, И.С. Кофман



Хронология больницы св. Николая Чудотворца



Дата	Событие	Примечания	Число штатных мест
1839	Завершение постройки здания Исправительного заведения по проекту архитектора Л. И. Шарлеманя 2-го		–
1840	Освящена церковь св. Николая Чудотворца в здании Исправительного заведения		–
9.11.1842	Император Николай I утвердил организацию «особых покоев» (на 4 мужчин и 2 женщин) в здании Исправительного заведения для умалишенных, подвергаемых освидетельствованию в Губернском правлении		–
12.06.1843	Открыто отделение для умалишенных при Исправительном заведении на 6 мест	Отделение стало первым специализированным судебно-психиатрическим отделением в стране	6
02.04.1845	Закрыто мужское отделение и расширено женское до 6 мест с сохранением штата	Открыто мужское отделение для умалишенных в Обуховской больнице на 34 места	6
06.06.1852	Высочайше утвержден штат отделения для умалишенных арестантов при Санкт-Петербургском Исправительном заведении.	Впервые в штате появляется должность врача	–
16.11.1852	Открыто арестантское отделение для умалишенных мужчин в здании Исправительного заведения на 25 мест	Отделение на 6 женщин, подвергаемых освидетельствованию в Губернском правлении, было сохранено	31
06.11.1856	Открыто женское отделение для душевнобольных женщин на 30 мест	С включением в него 6 уже существующих мест	55
14.11.1864	Высочайше утвержден штат временной лечебницы для умалишенных при Исправительном заведении	В разработке проекта и организации принимали участие И. М. Балинский и П. А. Дюков	–

Дата	Событие	Примечания	Число штатных мест
22.11.1865	**Открыт прием во Временную лечебницу для умалишенных при Исправительном заведении**	**40 мест в лечебнице оплачивалось городом, закрывшим 01.12.1865 года временный Полицейский приют для умалишенных**	**120 (50 муж. и 70 жен.)**
01.12.1865	В должности старшего врача временной лечебницы для умалишенных при Исправительном заведении Высочайше утвержден П. А. Дюков		–
01.01.1866	Приступил к работе ординатора женского отделения О. А. Чечотт		–
1866	Расширение временной лечебницы для умалишенных		135
21.11.1871	Расширение временной лечебницы для умалишенных с включением в штат 3-го врача Ф. Ф. Тиллинга		200
29.04.1872	**Высочайше было утверждено переименование временной лечебницы для умалишенных в больницу св. Николая Чудотворца**	**Больнице передано все здание закрытого Исправительного заведения**	**270**
1872	Открыта амбулатория для приема нервно- и душевнобольных	**Первое учреждение, оказывающее общедоступную амбулаторную психиатрическую помощь в России**[1]	–
29.12.1873	Расширение штата больницы св. Николая Чудотворца	Закрытие отделения для умалишенных Обуховской больницы	305
12.11.1881	На должность сверхштатного ординатора принят В. Х. Кандинский		–
16.12.1881	О. А. Чечотт назначен старшим врачом больницы св. Николая Чудотворца	П. А. Дюков оставил должность, сославшись на «семейные обстоятельства», сохранив должность старшего врача клиники нервных и душевных болезней Медико-Хирургической академии	–
1882	Для диагностики врачами больницы была принята классификация Р. Крафта-Эбинга		–

[1] Уже существовала амбулатория при клинике нервных и душевных болезней Медико-Хирургической академии, но она не была общедоступной (только для военнослужащих).

Дата	Событие	Примечания	Число штатных мест
1883	Выведено арестантское отделение из здания больницы св. Николая Чудотворца во Временную загородную больницу МВД	МВД оплачивало содержание арестантов и подвергаемых освидетельствованию. Перевод отделения в загородную больницу позволял министерству сэкономить средства	–
01.09.1884	Попечительский совет заведений общественного призрения Ведомства учреждений Императрицы Марии в Санкт-Петербурге передал больницу св. Николая Чудотворца в ведение городского общественного управления		310
01.09.1894	Всего в больнице находится 320 больных при штате 310 мест		
1884	Высочайше разрешена работа женщинам-врачам в больнице «Всех Скорбящих» и больнице св. Николая Чудотворца	Первая женщина-врач психиатр А. Ф. Жегина начала работу на женском отделении больницы св. Николая Чудотворца	–
02.02.1885	Душевнобольные, размещенные в Большеохтинской и Малоохтинской временных больницах для хроников, были перемещены: все женщины — в Малоохтинскую больницу, получившую статус филиала больницы св. Николая Чудотворца, а все мужчины — в больницу св. Пантелеймона	Больница св. Пантелеймона для душевнобольных хроников была открыта 02.02.1885 в зданиях закрытой Загородной больницы МВД. Старший врач больницы св. Пантелеймона находился в подчинении главному врачу больницы св. Николая Чудотворца	310, 220 в филиалах
1886	Летние бараки больницы св. Николая Чудотворца, в которых больные размещались летом на время ремонта основного здания, были переделаны для зимнего размещения больных и были признаны постоянными	Больница лишилась возможности для проведения ежегодного планового ремонта основных помещений	410, 220 в филиалах
05.04.1886	Обществом петербургских психиатров для использования в городских больницах была принята классификация В. Х. Кандинского		

Дата	Событие	Примечания	Число штатных мест
декабрь 1887	Перевод арестантского отделения на 30 человек из больницы св. Пантелеймона в больницу св. Николая Чудотворца	Перевод позволил разместить в 2 бараках больницы св. Пантелеймона 100 человек, увеличив общее количество мест для душевнобольных в Санкт-Петербурге	380, 220 в филиалах
1888	При больнице св. Николая Чудотворца была вновь открыта амбулатория для приема нервно- и душевнобольных	Общедоступный прием осуществлялся вплоть до 1917 года	–
1889	Доклад О. А. Чечотта, сделанный в Городской Думе по поручению особой субкомиссии, образованной при больничной комиссии по предложению Думы, с целью ближайшего ознакомления с делом призрения умалишенных в столице	Доклад опубликован в 1 томе настоящего издания	–
12.05.1890	Приказ градоначальника за № 140 о безотказном приеме душевнобольных, доставляемых полицией в городские больницы	В больнице появляются «сверхштатные кровати»	–
22.09.1893	Открытие больницы-колонии для душевнобольных хроников в Новознаменской даче	Старший врач Новознаменской больницы-колонии в административном и медицинском отношении подчиняется главному врачу больницы св. Николая Чудотворца	–
1894	Открытие филиала в здании закрытой пересыльной тюрьмы в Демидовском переулке на 100 спокойных мужчин		380, 320 в филиалах
22.11.1894	Открытие Екатерингофского филиала на 70 мест		380, 405 в филиалах
1895	Закрытие Демидовского отделения больницы св. Николая Чудотворца	Больные переведены в новые отделения Новознаменской больницы-колонии	380, 305 в филиалах

Дата	Событие	Примечания	Число штатных мест
24.05.1895	Создание Больничной комиссией по предложению Думы особой комиссии для изыскания мер к лучшему призрению душевнобольных под председательством М. П. Боткина, в составе главного врача О.А. Чечотта (больница св. Николая Чудотворца), старших врачей Н. Н. Баженова (больница св. Пантелеймона), Н. Н. Реформатского (Новознаменская колония) и приглашенного академика В. М. Бехтерева	Позднее реорганизована в постоянный орган — Психиатрическое бюро Больничной комиссии Городской Думы	–
01.01.1896	Всего в больнице находится 670 больных при штате 380 мест		
1896	Увеличение количества штатных мест в больнице путем приспособления квартир врачей и персонала для размещения больных и уплотнения существующих отделений	Вывод квартир врачей из здания значительно затрудняет работу больницы	580, 305 в филиалах
1898	**В переводе врачей больницы св. Николая Чудотворца опубликовано 5-е издание учебника по психиатрии Э. Крепелина**	**Авторы перевода — врачи М. В. Игнатьев, Л. Г. Оршанский, П. И. Павловский, Г. С. Сарачев, Н. А. Сокальский, М. Л. Фальк, Л. О. Финкильштейн. Первый перевод на русский язык труда Э. Крепелина, сделанный с разрешения автора**	–
01.01.1901	Малоохтинская больница переподчинена Градским богадельням	В ней продолжают призреваться душевнобольные тихие женщины	580, 70 в филиалах
01.01.1901	Всего в больнице находится 973 больных		
01.05.1901	Побег Юзефа Пилсудского с помощью врача больницы Владислава Мазуркевича		–
1901	Должность главного врача оставляет О. А. Чечотт	В связи с подозрением о связи О. А. Чечотта с организаторами побега	–

Дата	Событие	Примечания	Число штатных мест
1902	Назначение на должность главного врача больницы св. Николая Чудотворца Н. Н. Реформатского		–
24.09.1902	Увеличение Екатерингофского отделения до 150 мест	Была приобретена соседняя дача Сафировой	500, 150 в филиалах
1902	Открытие Василеостровского отделения на 125 мест для спокойных мужчин		375, 275 в филиалах
01.01.1903	Всего в больнице находится 1134 больных при штате 375 мест		
1904	Расширение штата больницы без увеличения числа мест (официальное введение в штат мест в филиалах)		650, 275 в филиалах
01.01.1905	Всего в больнице находится 1264 больных при штате 650 мест		
15.10.1905	Собрание врачей под председательством Г. Я. Трошина приняло резолюцию о введении в больнице автономии	Главный врач Н. Н. Реформатский находился в отпуске за границей	–
ноябрь—декабрь 1905	Н. Н. Реформатский отказался обсуждать вопросы автономии. Был уволен ряд сотрудников, требовавших реформы, и запрещены собрания в больнице. Отказался от должности попечитель больницы А. Э. Бари	Городской Думой создается особая комиссия для разрешения конфликта под председательством академика И. П. Павлова	
15.12.1905	Расширение штата больницы без увеличения числа мест	Легализация фактической переполненности больницы	950 275 в филиалах
07.01.1906	Группа служащих после тайного совещания под руководством смотрителя Шульца с применением насилия вывезли главного врача Н. Н. Реформатского из больницы	Г. Я. Трошин безуспешно пытался остановить толпу	–

Дата	Событие	Примечания	Число штатных мест
1906	Н. Н. Реформатский, формально оставаясь главным врачом, отказывается возвращаться в больницу св. Николая Чудотворца	Исполняющим дела главного врача больницы св. Николая Чудотворца назначается К. В. Охочинский	–
31.01.1907	Открыто Пороховское отделение больницы на 80 мест		950, 355 в филиалах
01.04.1907	**Открытие в Новой Деревне и на Черной речке Городского патронажа на 65 мест в квартирах горожан**	**Городской патронаж считался отделением больницы св. Николая Чудотворца и патронировался одним из ее врачей**	**950, 355 в филиалах, 65 в патронаже**
август 1907	В частной лечебнице Соколовской (в нанятом доме вблизи станции Лигово) арендовано 50 мест для острых душевнобольных, относятся к штату больницы св. Николая Чудотворца и находятся в распоряжении ее главного врача	Частично таким образом решалась проблема лечения свежезаболевших больных, для лечения которых в больнице св. Николая Чудотворца условий не было	950, 355 в филиалах, 65 в патронаже, 50 в лечебнице
04.10.1907	Состоялся судебный процесс в особом присутствии Санкт-Петербургской судебной палаты с участием сословных представителей	Суду были преданы 26 человек, в т. ч. один врач — Г. Я. Трошин, всего было заслушано почти 150 свидетелей	–
11.10.1907	Особым присутствием Санкт-Петербургской судебной палаты вынесен приговор по делу о беспорядках в больнице св. Николая Чудотворца	Г. Я. Трошин приговорен к заключению в крепости на 1 год 4 месяца, смотритель Шульц — к 2 годам 8 месяцам, а еще 9 подсудимых осуждены на сроки от 6 до 8 месяцев, 12 подсудимых оправданы	–

Дата	Событие	Примечания	Число штатных мест
25.06.1908	Во врачебно-воспитательной земледельческой колонии доктора И. В. Маляревского в Сумском имении Ново-Ладожского уезда нанято 50 мест для полубеспокойных и слабых больных	Считается Ново-Ладожским патронажем больницы св. Николая Чудотворца, регулярно патронируется врачами больницы	950, 355 в филиалах, 115 в патронаже, 50 в лечебнице
1908	Открытие Полюстровского отделения на 150 мужчин		950, 505 в филиалах, 115 в патронаже, 50 в лечебнице
1909	Со смертью женщины-врача Соколовской и закрытием ее лечебницы острые больные возвращены в больницу св. Николая Чудотворца	Частично решенная проблема лечения свежезаболевших больных вновь требует решения	950, 505 в филиалах, 115 в патронаже
12.02.1909	Заключен договор о лечении острых больных в больнице «Всех Скорбящих» (50 мужчин и 20 женщин)		950, 505 в филиалах, 115 в патронаже, 50 в больнице «Всех Скорбящих»
03.10.1909	Городской Думой принято решение о строительстве новой больницы-лечебницы для душевнобольных в месте «Рублевик» на 300 мест	Новая больница должна была выполнять функции лечебницы, которые больница св. Николая Чудотворца вследствие переполнения выполнять не могла	–
01.01.1910	Состоит в больнице с филиалами		1801, 113 в патронаже, 70 в больнице «Всех Скорбящих»

Дата	Событие	Примечания	Число штатных мест
1910	Главным врачом больницы св. Николая Чудотворца утверждается К. В. Охочинский	При ходатайстве коллектива больницы, несмотря на отсутствие ценза доктора медицины	
1911	Расширение штата больницы без увеличения числа мест по результатам проведенной работы объединенной финансовой и ревизионной комиссии	950 штатных и 235 «зафиксированных сверхштатных», в том числе места в патронажах и больнице «Всех Скорбящих»	1185 + 505 в филиалах
01.01.1912	В больнице находилось: в основном здании в Екатерингофском филиале в Василеостровском филиале в Пороховском филиале в Полюстровском филиале нанято в больнице «Всех Скорбящих» в Ново-Деревенском патронаже в Ново-Ладожском патронаже	По штату — Занято 1000 — 1147 150 — 150 125 — 165 80 — 75 150 — 150 70 — 70 65 — 65 50 — 50	–
02.07.1912	От руки больного Сизова погиб врач больницы св. Николая Чудотворца Роман Андреевич Греккер (1875–1912)	Обществом психиатров Санкт-Петербурга предложено установить на фасаде больницы памятную доску в честь врача, погибшего при исполнении своих обязанностей	–
1916	После смерти К. В. Охочинского исполняющим дела главного врача назначен Л. О. Финкильштейн		–
29.04.1917	Исполняющим дела главного врача больницы св. Николая Чудотворца по представлению коллектива больницы утвержден Г. Я. Трошин	Л. О. Финкильштейн оставил должность по состоянию здоровья	–
1917	Закрывается Пороховское отделение		–
1917	Малоохтинская больница вновь становится Малоохтинским филиалом больницы св. Николая Чудотворца на 225 мест		–
14.01.1918	Общим собранием коллектива Г. Я. Трошин отстранен от должности. Коллективом на должность главного врача выбран Г. В. Рейтц		–

Дата	Событие	Примечания	Число штатных мест
19.06.1918	Декретом Совета Народных Комиссаров больница св. Николая Чудотворца передана Комиссариату здравоохранения Союза коммун Северной области		–
1918	**Приказом Комиссариата здравоохранения Союза коммун Северной области больница св. Николая Чудотворца переименована во 2-ю психиатрическую больницу**		**–**
1918	В больнице состояло: в основном здании, городском патронаже и колонии И. В. Маляревского Полюстровское отделение Екатерингофское отделение Малоохтинское отделение	По штату / Занято в среднем за год 1185 / 430 150 / 60 175 / 60 225 / 65	–
1919	Закрыты все филиалы 2-й психиатрической больницы		–
1920	На 1-м и 2-м этажах больницы развернут сыпнотифозный госпиталь для красноармейцев	На 3-м и 4-м этажах осталось размещено около 400 душевнобольных	400
1922	Закрытие сыпнотифозного госпиталя и передача всего здания 2-й психиатрической больнице		1300
21.04.1922	Закрыта церковь св. Николая Чудотворца при больнице	Через два года имущество передано в Мало-Коломенскую церковь. В помещении церкви располагается актовый зал больницы	
1923	2-я психиатрическая больница становится клинической базой Государственного института медицинских знаний (зав. кафедрой рефлексологии В. М. Бехтерев)	В здании больницы проводятся практические занятия, демонстрации больных и читаются лекции	–
1923	Во 2-й психиатрической больнице развернуты клиника и кафедра психиатрии Государственного института для усовершенствования врачей (зав. каф. К. И. Поварнин)		–
1925	Рефлексологической лаборатории 2-й психиатрической больницы присвоено имя В. М. Бехтерева		–

Дата	Событие	Примечания	Число штатных мест
1930	Главным врачом назначается Н.Д. Успенский	Г.В. Рейтц остается в больнице в должности заведующего отделением	–
1932	Во 2-й психиатрической больнице открывается вторая клиника кафедры психиатрии 1-го Ленинградского медицинского института (зав. каф. П.А. Останков)		–
1932 (1931?)	**Организовано хирургическое отделение с перевязочной и операционной для лечения соматических заболеваний у психически больных (зав. Ф.А. Наумов, консультант проф. В.С. Галкин)** **Первое соматопсихиатрическое отделение в стране**		
1932	Попытка введения «рабочего управления», на должность директора назначается Александров	Спустя 6 месяцев Александров увольняется, а должность упраздняется	–
1932	Больнице передано подсобное хозяйство в Вырице, организован Вырицкий филиал больницы (зав. И.Ф. Случевский)		–
25.06.1938	Закрытие кафедры и клиники психиатрии ГИДУВа		–
1933	Главным врачом больницы назначен А.Л. Шнирман		–
1933	Изменена структура психиатрической службы города, каждая из психиатрических больниц получает свой район обслуживания	Перевод психиатрической службы Ленинграда на «московскую модель» лишил 2-ю психиатрическую больницу статуса центральной городской психиатрической больницы, который она имела с 1884 года	–
1933	Проведена реорганизация больницы. Из 7 отделений организовано 17. Выделены отделения для больных на принудительном лечении (отделения «А» и «Б»)	Данная структура с незначительными изменения сохранилась до настоящего времени	–
май 1938	Во 2-й психиатрической больнице организован психоприемник для эвакуации иногородних больных (зав. Б.Е. Максимов)	Специального отделения не было, больные размещались на общих койках	–

Дата	Событие	Примечания	Число штатных мест
1938	Главным врачом больницы назначен Б. М. Добротин		–
23.06.1941	Б. М. Добротин ушел добровольцем на фронт	Примеру главного врача последовало еще несколько десятков сотрудников больницы	–
27.06.1941	Главным врачом приказом ЛГЗО назначен Т. Я. Хвиливицкий		1300
03.08.1941	Во 2-ю психиатрическую больницу эвакуирована часть больных и сотрудников 1-й психиатрической больницы им. А. Фореля и расположенной на ее базе кафедры психиатрии Военно-Морской медицинской академии (зав. кафедрой проф. А. К. Ленц)		–
август—сентябрь 1941	Во 2-й психиатрической больнице развернуты «оперативные койки» для оказания помощи военнослужащим	В усиление из Невропсихиатрического института им. В. М. Бехтерева переведен ряд сотрудников, в т. ч. Е. С. Авербух, Г. Б. Абрамович, И. Ф. Хвиливицкая и другие	–
июль 1941	Сотрудники больницы переведены на казарменное положение		–
январь 1942	На 1-м этаже больницы развернуто отделение лечения алиментарной дистрофии для сотрудников и членов их семей		–
05.04.1942	На территорию больницы упало 2 фугасные бомбы, разрушившие 2 крыла больницы	Из строя выведено 600 мест	700
май 1942	Принято решение ЛГЗО о закрытии 2-й психиатрической больницы		–
апрель 1942	Клиника и кафедры психиатрии 1-го ЛМИ выведены в психиатрическую больницу им. И. М. Балинского		–
29.05.1942	2-я психиатрическая больница эвакуирована в 3-ю психиатрическую больницу, с врачом А. С. Левиной осталось 77 нетранспортабельных больных	Исполняющей обязанности главного врача назначена А. И. Гурлева	200

Дата	Событие	Примечания	Число штатных мест
20.06.1942	Главным врачом назначен М. Я. Ляховицкий	М. Я. Ляховицкий отстоял предполагавшуюся к закрытию больницу и добился расширения штата	300
1944	После снятия блокады Ленинграда больница восстанавливает свою деятельность, расширяется штат		800
09.04.1951	В больницу возвращено судебно-психиатрическое отделение из 3-й психиатрической больницы им. И. И. Скворцова-Степанова		–
сентябрь 1952	На базу 2-й психиатрической больницы возвратилась кафедра психиатрии 1-го Ленинградского медицинского института (зав. кафедрой Н. И. Озерецкий)	Кафедра заняла помещения на 1-м этаже, но клиника кафедры вновь организована не была	–
1952	Научным консультантом больницы начал работу профессор А. З. Розенберг. Создан Научный совет больницы		–
1952	Главным врачом назначена О. В. Федорова		
1954	Главным врачом назначена Т. И. Николаева		–
1955	Эвакуационное отделение (психоприемник) переведено в 4-ю психиатрическую больницу		–
1956	В больнице началось использование «нейроплегической терапии» — резерпина и аминазина		–
1957	Сотрудниками больницы разработана инструкция по применению аминазина		–
28.11.1957	Приказом ЛГЗО 2-я психиатрическая больница переименована во 2-ю психоневрологическую больницу		–
1963	Главным врачом назначен Б. Е. Миронов		–
1965	Завершено полное восстановление больницы после разрушений в годы Великой Отечественной Войны	Отстроены разрушенные правое и левое крыло здания, с сохранением исторической планировки и внешнего вида	1250

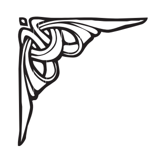
Дата	Событие	Примечания	Число штатных мест
22–23 декабря 1965	**Юбилейная научная конференция, посвященная 100-летию 2-й психиатрической больницы ЛГЗО**	**Датой основания считался 1865 год, когда была организована временная лечебница для умалишенных. По материалам конференции выпущен сборник**	–
1965	На базе больницы начинаются занятия кафедры психопатологии и логопедии (зав. кафедрой Е.С. Иванов) дефектологического факультета Ленинградского педагогического института им. А.И. Герцена	Возможно, позднее, в конце 1960-х. Занятия на базе 4-го отделения больницы вел доцент Ю.Г. Демьянов	–
апрель 1970	Приказом ЛГЗО № 13 от 20.02.1970 2-я психоневрологическая больница переименована во 2-ю психиатрическую		–
1971	Кафедра психиатрии 1-го ЛМИ (зав. кафедрой Б.А. Лебедев) переведена в 6-ю психиатрическую больницу	Перевод кафедры состоялся после передачи кафедры профессором Д.С. Озерецковским профессору Б.А. Лебедеву	
1972	Отделения судебно-психиатрической экспертизы (стационарной и амбулаторной) переведены в 5-ю психиатрическую больницу	Вместе с отделениями был передан судебно-психиатрический архив больницы и перешла часть сотрудников этих отделений, которые занялась организацией экспертизы в 5-й психиатрической больнице (зав. отделением Евдокия Ивановна Соколова)	–
1973	2-я психиатрическая больница становится клинической базой Научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева	Старший научный сотрудник Ю.Л. Нуллер становится научным руководителем 9-го и 16-го отделений, на которых стали проходить лечение преимущественно больные с аффективной патологией	–

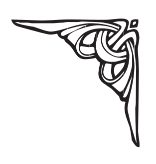
Дата	Событие	Примечания	Число штатных мест
1976	В помещениях, оставленных кафедрой психиатрии 1-го ЛМИ, размещается кафедра психиатрии Ленинградского санитарно-гигиенического медицинского института (зав. кафедрой Ф. И. Случевский)	Вуз несколько раз изменял название и реорганизовывался: с 1995 года Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И. И. Мечникова, а с 2011 года Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова	–
1977	Главным врачом больницы назначен Л. А. Деньчук		–
1981	Прекращается сотрудничество с Научно-исследовательским психоневрологическим институтом им. В. М. Бехтерева	Ю. Л. Нуллер продолжает исследовательскую работу на базе психиатрической больницы № 3 им. И. И. Скворцова-Степанова	–
1982	Больница прекращает сотрудничество с дефектологическим факультетом ЛГПИ им. А. И. Герцена		–
1984	Главным врачом назначен А. П. Зайцев		–
1987–1988	Конфликт между персоналом больницы и главным врачом А. П. Зайцевым	По результатам проверки особой комиссией комитета партийного контроля ЦК КПСС А. П. Зайцев уволен с занимаемой должности	–
1988	Главным врачом назначен Б. А. Александров		–
1988	Принято решение об открытии трех отделений принудительного лечения специализированного типа. На ремонт закрыты три отделения больницы	Создание отделений утверждено приказом ГУЗЛ № 96 от 02.11.1990. Ремонт отделений продолжался около 10 лет	–
1991	Начала работу комиссия ГУЗЛ по закрытию 2-й психиатрической больницы	Решение о закрытии больницы вынесло 5 инстанций, в т. ч. противопожарная служба, санитарно-эпидемическая служба и т. д. Потребность в местах для психически больных не позволила закрыть больницу	–

Дата	Событие	Примечания	Число штатных мест
1992	Главным врачом назначается С. Я. Свистун		–
1993	**Решением Малого совета Санкт-Петербургского Городского совета народных депутатов № 276 от 07.07.1993 2-я психиатрическая больница переименована в психиатрическую больницу св. Николая Чудотворца**	**Больнице спустя 75 лет возвращено историческое наименование**	**–**
1994	Сокращен штат больницы на 240 коек, при сохранении всех помещений	Уменьшение штата позволило разгрузить все отделения больницы, где ранее больные вынуждены были лежать в коридоре	1010 (1000 общих мест и 10 мест изолятора)
1995	**Открыто реабилитационное отделение № 6 (зав. отделением Тамара Павловна Костерина, с 1997 года Татьяна Алексеевна Каубиш)**	**Первое в стране реабилитационное отделение в городской психиатрической больнице[2]**	-
1995	В больнице создан Информационно-аналитический отдел (зав. отделом А. В. Харламов), началось внедрение IT-технологий в работу больницы	Создана общебольничная сеть, единая база данных, компьютеризировано ведение статистики. Планируется создание электронной истории болезни	–
1997	Возобновлена работа домовой церкви св. Николая Чудотворца	С 1997 года проводятся регулярные службы священниками Храма Воскресения Христова: первые годы благочинный о. Николай (Шорохов), а в настоящее время о. Георгий (Пименов)	–
1998	**Открыты три специализированных отделения для принудительного лечения**	**Отделения расположены в одном крыле здания**	**–**

[2] Первое реабилитационное отделение для психически больных было открыто в 1966 году в Психоневрологическом институте им. В. М. Бехтерева (научный руководитель М. М. Кабанов), данное отделение послужило образцом для первого подобного отделения, открытого в городской больнице.

Дата	Событие	Примечания	Число штатных мест
2001	Начался выпуск больничной газеты «Матисов остров», в которой публикуются работы пациентов и сотрудников больницы	В настоящее время выпущено уже 77 номеров газеты	–
2002	Научно-практическая конференция, посвященная 130-летию психиатрической больницы св. Николая Чудотворца	Годом основания больницы принят 1872, когда временная лечебница для умалишенных была реорганизована в больницу св. Николая Чудотворца. По материалам конференции выпущен сборник	–
2003	Первая выставка творчества душевнобольных в музее-квартире А. Блока	В дальнейшем и до настоящего времени выставки являются ежегодными	–
2005	Научно-практическая конференция, посвященная 10-летию организации реабилитационного отделения	По материалам конференции выпущен сборник	–
2007	Структурно выделена социальная служба больницы		–
2010	Организовано 18-е отделение, включившее в себя реабилитационные службы больницы и объединившее различных специалистов, ведущих реабилитационную работу на отделениях		–
2011	Сокращение числа штатных коек на 10 мест		1000





Елена Владимировна ГОЛОВИНА-СКРИЖИНСКАЯ (1857–?)

Автор первого и почти единственного до настоящего времени описания больницы, поводом к появлению которого стал переход шести больниц, ранее подведомственных упраздненному Приказу общественного призрения, но фактически полвека руководимых, по повелению Николая I, Попечительским советом, под эгиду городского общественного управления. Это долгожданное в городе событие было отмечено Городской Думой изданием описаний этих больниц, знакомящих городских деятелей и общество в целом с новыми для городского управления учреждениями, долженствующими существовать на налоги горожан. В описании представлено современное состояние больницы с краткими историческими сведениями. Книга с течением времени превратилась в ценный первоисточник по истории одной из старейших больниц не только города, но и страны.



***1 ряд, сидят*: 2-я слева С.Ф. Климова, 4-й слева К.В. Охочинский, последняя слева Е.В. Головина. *2 ряд, стоят*: 5-й слева А.Г. Коносевич, 10-й слева Г.В. Рейтц, последний слева В.В. Чехов**

Печатается по изданию:

Головина Е.В. Городская больница св. Николая Чудотворца для душевнобольных в С.-Петербурге. — СПб.: Типография Шредера, 1887. — 82 с.: ил., план.

Е. В. ГОЛОВИНА

Городская больница св. Николая Чудотворца для душевнобольных в С.-Петербурге

Составила женщина-врач Е. В. Головина
Под редакцией д-ра О. А. Чечотта

От составительницы

Настоящее описание больницы составлено согласно поручению г. председателя городской Комиссии общественного здравия и предложенной программе. Материалами для составления этого описания послужили: а) описание больничных зданий, планы и другие сведения, собранные Комиссией общественного здравия перед переходом больницы в ведение города; б) дела, хранящиеся в архиве больницы; в) личный осмотр больницы во всех ее частях и г) исторический очерк пятидесятилетней деятельности Попечительного совета, составленный членом его К. Ф. Ординым.

Е. Головина

1. ИСТОРИЧЕСКИЙ ОЧЕРК БОЛЬНИЦЫ

Время открытия больницы св. Николая Чудотворца. — Учреждение спб. Исправительного заведения. — Открытие отделения для чернорабочих больных в здании Исправительного заведения. — Первоначальное помещение умалишенных в здании Исправительного заведения. — Постройка деревянных бараков для чернорабочих больных. — Устройство особых отделений на 55 умалишенных в здании Исправительного заведения. — Дальнейшая судьба отделения чернорабочей больницы и вывод ее из здания Исправительного заведения. — Новая необходимость увеличить число мест для умалишенных в Петербурге. — Учреждение временной лечебницы для умалишенных при Исправительном заведении. — Положение о временной лечебнице. — Штат ее. — Стремление к обособлению умалишенных и арестантов. — Высочайшее повеление 3 марта 1872 г. — План переустройства бывшей временной лечебницы в постоянную и исполнение его. — Несоответствие больницы ее назначению. — Заключение

Днем открытия больницы св. Николая Чудотворца можно считать формально 29 апреля 1872 года, в каковой день последовало Высочайшее повеление о переименовании временной лечебницы для помешанных (в здании бывшего Исправительного заведения) в больницу св. Николая Чудотворца. Но в действительности возникновение больницы для помешанных последовало почти одновременно с возникновением самого бывшего Исправительного заведения, в зданиях которого находится и нынешняя больница. По времени первоначального помещения здесь душевно-

больных, днем основания настоящей больницы следует считать 12 июня 1843 года, когда, вследствие Высочайшего повеления от 9 ноября 1842 года, в бывшем Исправительном заведении были устроены и открыты отделения на 6 кроватей для умалишенных.

Исторический очерк развития больницы св. Николая Чудотворца тесно связан с историей Исправительного заведения, в котором нашли себе приют душевнобольные почти с самого основания его, и с тех пор, по весьма различным поводам, постепенно занимали всё большую его часть. Поэтому необходимо, хотя бегло, напомнить главнейшие моменты прошедшей жизни бывшего Исправительного заведения.

По повелению Императора Николая Павловича об устройстве в обеих столицах, по заграничным образцам, «Исправительного заведения для лиц предерзостных, нарушающих благонравие и наносящих стыд и зазор обществу», Попечительный совет приступил к учреждению такого заведения в Петербурге. И в 1832 году Императору Николаю был представлен составленный архитектором Шарлеманем 2-м план заведения, рассчитанного на помещение в нем 590 человек. Государь повелел изменить фасад и прибавить четвертый этаж, и затем, в том же году было приступлено к работам по постройке здания, а в 1840 году последовало открытие Исправительного заведения со штатом, утвержденным 13 декабря 1839 года.

Участок, на котором было выстроено здание, принадлежал городу, а возведение здания и обзаведение его всем необходимым произвел Попечительный совет за счет сумм приказа общественного призрения, причем стоимость всей постройки обошлась в 750 000 рублей.

К этому времени каменные постройки состояли из главного корпуса и из флигеля (на генеральном плане обозначены под № I и II), которые и до сих пор в своем внешнем виде остались такими, какими были с основания. Другие же здания и сооружения возводились и устраивались позже и подвергались различным перестройкам.

Эти первоначально возведенные здания очень скоро оказались слишком обширными для той цели, для которой были построены. Число лиц, подлежавших, по тогдашнему законоположению, содержанию в исправительных заведениях, было незначительно, и в здании оставалось много свободного места.

С другой стороны, Попечительный совет уже тогда не располагал достаточным количеством мест для помещения больных столицы, нуждавшихся в больничном лечении. Повседневные отказы в помещении больных были причиной многих нареканий. О некоторых из таких отказов доходило до сведения Государя Императора. Одним из таких случаев и было вызвано Высочайшее повеление, в силу которого в здании Исправительного заведения 14 февраля 1841 года открыто 150 кроватей для чернорабочих больных. Это отделение положило, между прочим, основание больнице чернорабочих. Так, Исправительное заведение уже с самого начала дало

место у себя учреждению, совершенно чуждому первоначальной задаче, имевшейся в виду при его устройстве.

Вместе с тем, однако, заведение не переставало дальше устраиваться и пополняться новыми необходимыми постройками. В 1841 году были выстроены некоторые деревянные службы, различные сараи, кладовые и т. п. и разбит и засажен сад между главным зданием и каменным флигелем. В следующем году была устроена церковь в том месте и виде, в каком она существует ныне; при этом на первоначальное ее обзаведение было отделено 1500 руб. из церковного капитала городской больницы св. Марии Магдалины.

Наряду с заботами о размещении больных, одержимых общими болезнями, в то время в Петербурге ощущался и недостаток в местах для лечения и призрения умалишенных. В 1832 году была открыта больница «Всех Скорбящих» для умалишенных, куда и были переведены помешанные, содержавшиеся до тех пор в Обуховской больнице, в так называемом долгаузе. Однако число умалишенных возрастало, и уже в 1840 году больница «Всех Скорбящих» была увеличена постройкою флигелей для неизлечимых и вмещала в себе до 200 больных. Тем не менее, в 1842 году в Петербурге опять чувствовался недостаток в местах для помешанных. В сведениях, собранных бывшим старшим врачом больницы св. Николая Чудотворца доктором Дюковым и занесенных им в его отчет по больнице за 1866 год, сообщалось следующее:

«Больные, присылаемые для освидетельствования в губернское правление, содержались в градской тюрьме более или менее продолжительное время даже по освидетельствовании. Обратив внимание на такую несоответственность помещения больных, г. военный генерал-губернатор 30 марта 1842 года сделал в Попечительный совет представление о временном помещении в здании Исправительного заведения умалишенных, подвергаемых освидетельствованию в губернском правлении, с тем, чтобы, по освидетельствовании, их препровождать в больницу "Всех Скорбящих". Тогдашний попечитель Исправительного заведения, которому передано было это дело на рассмотрение, вместе с лейб-медиком Рюлем, нашли, что особого отделения для умалишенных устроить нельзя в здании Исправительного заведения; если же необходимо в нем помещать больных, то может быть помещено 4 мужчины и 2 женщины умалишенных с назначением для лечения их особого врача, опытного психиатра; но этим не может быть удовлетворена потребность к призрению умалишенных. 9-го ноября 1842 года было Высочайше повелено доставляемых в губернское правление для освидетельствования подвергшихся сумасшествию лиц, не имеющих в Петербурге родственников, не отсылая в градскую тюрьму, отправлять временно в Исправительное заведение, с содержанием их там в особых покоях. Вследствие сего приступлено было к переделке нескольких палат в двух этажах здания для по-

мещения умалишенных, и 12 июня 1843 года были устроены и открыты отделения для временного содержания их до освидетельствования. Обзаведение этих отделений, вместе со штатом, обошлось в первый год в 3179 руб. 44 коп., а в следующие годы положено было по штату по 2500 руб. Прошел с небольшим год после устройства этого, как опять возник вопрос о том, где помещать умалишенных. 12 декабря 1844 года Попечительный совет всеподданнейше представлял, чтобы существующее с 1843 года временное в Исправительном заведении отделение умалишенных на 6 человек, куда поступают и свидетельствуемые в губернском правлении лица, не имеющие здесь родственников, распространено было для призрения как тех лиц, так и постоянно смирных больных сего рода; со включением прежних 6 мест, на 40 человек, в том числе 30 мужчин и 10 женщин. На этом представлении Императору Николаю благоугодно было начертать следующую резолюцию:

"Чтобы не стеснять собственно помещения Исправительного заведения, не удобнее ли было бы для временного помещения умалишенных, впредь до распространения больницы «Всех Скорбящих», назначить особое отделение в одной из здешних городских больниц"».

Посему ко 2 апреля 1845 года в Обуховской больнице было устроено помещение для 34 умалишенных мужчин, назначенных к освидетельствованию и постоянно смирных, с ежегодным содержанием этого отделения на сумму 8033 руб. 14 ½ коп. сер.; в Исправительном же заведении 6 кроватей назначены собственно для женщин.

Таким образом, уже с 1843 года в здании Исправительного заведения помещались: Исправительное заведение в собственном смысле, больница для чернорабочих и небольшое отделение для умалишенных.

Положение больных чернорабочих, однако, потребовало с течением времени некоторых улучшений в способах их содержания, и потому на местности, отведенной по Высочайшему повелению в 1845 году, больнице для чернорабочих безденежно из-под Заводского переулка, были выстроены, смежно с каменною оградою, обширные деревянные бараки, для содержания в них больных в летнее время. Затем, в ближайшие последующие годы, существенных перемен ни во внутреннем быте заведения, ни с внешней стороны не произошло, а только после бывшего пожара в 1851 году был отстроен заново деревянный сарай, существующий и до сих пор и значащийся по генеральному плану под № V.

В том же 1851 году вновь был возбужден вопрос о местах для помешанных: начальство больницы «Всех Скорбящих», найдя неудобным содержать у себя умалишенных арестантов, ходатайствовало о выводе их из больницы. На всеподданнейшем об этом докладе Император Николай Павлович собственноручно написал:

«Кажется, всего проще было бы поместить в Обуховскую больницу, где теперь умалишенные, а этих перевести в больницу "Всех Скорбящих".

Но потом оказалось, что, ввиду необходимости для них караула, ввиду того, что в Исправительном заведении имеется постоянно военный караул, было найдено возможным поместить этих больных в здании Исправительного заведения, устроив в 4-м этаже помещение для 25 арестантов умалишенных. Это и было приведено в исполнение 1 ноября 1852 года. На первоначальное обзаведение помещения и годовое содержание больных было назначено 9403 руб. 52 коп., а в следующие годы по штату 7150 руб. 95 ¼ коп., причем отопление, приготовление пищи, печение хлеба и мытье белья производилось за счет Исправительного заведения. Женское же отделение на 6 кроватей продолжало существовать на прежних основаниях до 1855 года, когда, невзирая на различные возражения, местное начальство заведения должно было уступить перед настоятельною необходимостью увеличить и число мест для умалишенных женщин. В этом году на другой половине 4-го этажа было устроено 30 мест для умалишенных женщин, со включением прежних 6 кроватей, с расходом на первый год 8229 руб. 88 коп. сер., а в следующие годы по 6058 руб. 17 коп. сер.

Таким образом, с 1856 года в здании Исправительного заведения существовало нечто вроде целой лечебницы умалишенных на 55 больных, как арестантов, так и прочих. В этом же году было окончено начатое еще в 1854 году постройкою каменное здание для бани и прачечной, которое остается в первоначальном виде и по настоящее время и обозначено на плане под № III. Здание это обошлось, со всеми приспособлениями, около 23 тысяч рублей.

Независимо от различных перемен, совершавшихся в других частях заведения, эти больничные отделения просуществовали без изменений более 10 лет, а именно до конца 1865 года. Очевидец этого времени, доктор Дюков, говорит в вышеупомянутом отчете об обоих больничных отделениях, мужском и женском, что «в каждом из них было по ту и другую сторону внутреннего коридора несколько спален для 1–3 человек, в одно окно, одна общая столовая, одно зало для развлечений и занятий, комната с одною ванною и одна клеенчатая комната без окна и вентиляции. Устава или инструкции, которыми бы руководились служащие при отделениях от высших лиц до низших, не существовало, отношения одних к другим установлены были принятым обычаем, обязанности выполнялись или по собственному крайнему разумению, или по внушению других».

Другим больничным учреждением, помещавшимся в том же здании, была, как уже сказано, чернорабочая больница. Перемены в судьбе этого учреждения имели большое влияние и на всё заведение. Так, еще в 1849 году здесь предполагали приютить увечных и больных арестантов, но, за невозможностью вывода куда-либо больных из отделения чернорабочей больницы, эта мера не осуществилась; когда, напротив того, в 1857 году потре-

бовалось поместить большое число чернорабочих, помещения были потеснены и в Исправительном заведении устроено тогда женское отделение чернорабочей больницы. Всех больных чернорабочих было в это время уже 325. Тем не менее, в таком виде больница чернорабочих не удовлетворяла никого, и с разных сторон были представлены различные соображения и предположения об ином самостоятельном ее устройстве. Хотя затем проект устройства взамен разбросанных отделений чернорабочей больницы новой больницы, получившей впоследствии наименование Александровской больницы для рабочего населения в память 19 февраля 1861 года, и был Высочайше утвержден 31 марта 1862 года; но дело всё-таки, вероятно, еще долго оставалось бы в сфере одних предположений, если бы особенные обстоятельства не дали ему решающего толчка. Летом того же 1862 года следственной комиссии, образованной по поводу распространения возмутительных воззваний, потребовались помещения для одиночного содержания политических арестованных, и эта мера оказалась возможной к приведению в исполнение в здании Исправительного заведения, с условием вывода оттуда больницы для чернорабочих. Вследствие этого немедленно 165 мужчин было переведено в имевшийся возле летний барак, а остальные 60 мужчин и 100 женщин переведены в предназначавшееся уже к закрытию Измайловское отделение больницы.

Место, оставшееся свободным за выводом чернорабочей больницы, было немедленно приспособлено и занято политическими преступниками в числе 55 лиц. Эта мера, конечно, должна была быть временною, и потому по миновании надобности в ней здание Исправительного заведения опять могло служить для тех или других целей более постоянного характера.

И действительно, уже в 1863 году Петербург вновь оказался переполненным бесприютными умалишенными. Это побудило с.-петербургского военного генерал-губернатора предложить городскому обществу, которое уже содержало в то время приют на 12 кроватей для умалишенных с ежегодным на него из городской кассы расходом в 3060 рублей 16 ¼ коп., обратить внимание на этот важный предмет, «требующий наискорейшего разрешения сколько в виде человеколюбия, столько же и для устранения неудобств, в которые поставлена городская полиция, вынужденная размещать вновь прибывающих больных в приемных покоях, в арестантских комнатах и карцерах, невольно тем усиливая страдания несчастных». В то время во всех учреждениях, предназначенных для лечения и призрения помешанных как гражданского, так и военного ведомств, а равно и в частных заведениях, имелось лишь 650 мест — число, очевидно недостаточное и на тогдашнее население Петербурга, немногим еще превышавшее ½ миллиона. Попечительный совет, по соглашению с городским общественным управлением, признал возможным приступить немедленно к значительному расширению существовавших уже отделений до 120 мест штатных и 15 пенсионеров обоего пола.

Несмотря на то, что кроме упомянутых государственных преступников, в следующем 1864 году сюда еще были помещены политические преступники — поляки в числе около 150 человек, уже в это время было приступлено к подготовительным работам по предстоявшему расширению лечебницы для умалишенных: был выработан как общий план необходимых переделок, так и проект положения о лечебнице, и затем все это было рассмотрено и одобрено психиатрическим обществом. Выработанный таким образом проект и штат были представлены Попечительному совету, а 14 ноября 1864 года состоялось Высочайшее повеление об обращении находящихся при Исправительном заведении отделений для 55 умалишенных временно в правильную лечебницу на 120 мест и утвержден штат этой лечебницы. Вслед за тем, в 1865 году, за освобождением здания заведения от арестантов, были немедленно начаты работы по новому приспособлению разных частей здания, и в октябре 1865 года, при бывшем тогда попечителе Исправительного заведения генерал-лейтенанте бароне К. Г. Котене, была открыта «временная лечебница для помешанных, устроенная в здании Исправительного заведения».

Назначение лечебницы и управление ею определялись следующими статьями положения о ней:

«§ 2. В число больных, штатом определенных, поступают на казенное содержание исключительно лица бедного состояния, по особым о несостоятельности их удостоверениям местного начальства, с предоставлением права попечителю Исправительного заведения удостоверяться в действительной бедности поступающих. Имеющие средства поступают в штатное же число на собственный счет и, смотря по требованиям больных или их родственников, — на умеренное или улучшенное содержание. Из них поступающие на умеренное, т. е. казною положенное содержание, платят в месяц по 20 руб. сер., а поступающие на улучшенное содержание, так же как и пенсионеры, платят не менее 40 руб. сер. в месяц, и эта плата может быть увеличена в размере действительно произведенных расходов по желанию больных или их родственников.

§ 4. Лечебница назначена для помещения помешанных мужчин и женщин гражданского ведомства; больные же военного ведомства могут быть принимаемы только как пенсионеры.

§ 5. В лечебнице помещаются, кроме умалишенных, одержимые падучею болезнью, соединенною с помешательством, подозреваемые в помешательстве и притворяющиеся в нем.

§ 6. Мужское отделение лечебницы назначено: для 10 человек благородного звания, 40 человек простого, и женское — для 12 человек благородного звания и 58 простого звания, исключая пенсионеров.

§ 8. Управление лечебницею для помешанных, под главным распоряжением Попечительного совета, возлагается на попечителя Исправительного

заведения; наблюдение же по части врачебной принадлежит медицинскому инспектору учреждений Императрицы Марии.

§ 9. Ближайший надзор за лечебницей имеет смотритель Исправительного заведения, которому в помощь по хозяйственной части назначается эконом заведения; каждый из них руководствуется существующими правилами заведения; наблюдение же по части врачебной — в распоряжении старшего врача лечебницы.

§ 10. Лечебница с определенным штатом чинов причислена к конторе Исправительного заведения, в которой производятся все дела лечебницы. Членом конторы назначается и старший врач лечебницы, применяясь к 648 и 854 ст. IV ч. т. XIV св. зак. изд. 1857 г.»

По штату этой лечебницы полагалось:
— 1 старший врач, он же и ординатор мужского отделения,
— 1 ординатор женского отделения,
— 2 надзирателя в мужских отделениях,
— 2 надзирательницы в женских отделениях,
— 1 учитель гимнастики,
— 1 фельдшер,
— 1 фельдшерица,
— 1 цирюльник,
— 12 человек больничной прислуги при мужских отделениях,
— 20 сиделок при женских отделениях.

Прочий персонал был от Исправительного заведения и получал лишь добавочное содержание за увеличение труда.

Общий расход по переустройству лечебницы составил сумму в 13 500 рублей, а ежегодный расход на ее содержание определен был штатом в 22 950 рублей. Как в устройстве больницы, так и в ее содержании приняло с самого начала участие петербургское городское общественное управление, которое, по приговору Думы 14 декабря 1865 года и по соглашению с Попечительным советом, взамен городского приюта на 12 кроватей приняло на себя во вновь устроенной больнице как постоянное содержание 40 кроватей с отпуском на них 7644 рублей в год, так и первоначальное устройство этих кроватей за сумму 6721 руб. 50 коп.

Помещения для больных были отведены во 2-м и 3-м этажах, в левой половине мужские отделения, в правой — женские. В отделениях были везде особые комнаты для дневного пребывания и для спален. Помещения для надзирателей и надзирательниц, а также для палатной прислуги были тут же, на тех же коридорах, где были помещения и больных. Отделения для буйных больных помещалось в 3 этажах и состояли из 3 комнат, для одного больного каждая, и из одной общей. Таковы были главные основания и вид устройства временной лечебницы при бывшем Исправительном заведении.

Первым старшим врачом этой лечебницы был известный психиатр доктор медицины Петр Андреевич Дюков.

С этих пор, с одной стороны, замечается стремление к постепенному улучшению лечебницы за счет некоторых ограничений Исправительного заведения, с другой же, обстоятельства сами собою слагались так, что число арестантов делается постепенно меньшим и меньшим; сама практика все яснее и яснее свидетельствовала о пользе преимущественного назначения всего здания на нужды по призрению умалишенных и, наоборот, доказывала все неудобство дальнейшего пребывания арестантов под одною кровлею с больными.

И действительно, неестественность совместного пребывания этих различных элементов выступала на вид на каждом шагу. Мера, пригодная для одних, была вредною для других. В различных ведомствах, имевших в каждом данном случае прикосновение к тем или к другим из этих двух категорий призреваемых, не пропускали случая обнаружить несовместимость их. Особенно заметным стало такое движение, когда в 1866 году состоялась передача смирительного дома в тюремное ведомство, и когда, следовательно, за Попечительным советом осталась лишь лечебница для умалишенных, а Исправительное заведение отошло к новому ведомству. Постепенно была вполне осознана невозможность существования в одном месте таких двух учреждений, как Исправительное заведение и лечебница для умалишенных. Оставалось только приискать способ для осуществления раздела — перевести ли отсюда умалишенных, устроив для них новое помещение, и оставить все здание тюремному ведомству или же, наоборот, предоставить последнему изыскать способы содержания арестантов в иных местах, а всё здание передать в ведение Попечительного совета для содержания помешанных. Между тем введение нового судопроизводства и особенно института мировых судей так существенно повлияло и на систему содержания под стражею преступников и потребовало таких коренных перемен в этом деле со стороны тюремного ведомства, что для него было выгоднее устроить заново все необходимые места заключения. К тому же это ведомство располагало и значительными денежными средствами.

С другой стороны, потребность в помещениях для умалишенных не переставала увеличиваться, имевшееся число мест в лечебнице при Исправительном заведении оказывалось недостаточным — нужно было его увеличить. Постройка же нового дома для умалишенных за счет Попечительного совета представлялась неосуществимою по совершенному недостатку средств. Поэтому, а равно и в виду настоятельной спешности в открытии большего числа мест для умалишенных, Попечительному совету представилось гораздо целесообразнее воспользоваться зданием Исправительного заведения для устройства в нем более обширного помещения для душевнобольных.

По этому поводу между Попечительным советом и Министерством внутренних дел с апреля 1866 года возникла длинная переписка, продолжавшаяся около шести лет. При этом Попечительный совет, как видно из журнала общего его собрания 11 сентября 1871 года за № 163, признавал, что в общее тюремное ведомство могут быть переданы лишь часть движимого инвентаря, принадлежащего собственно арестантским отделениям, и специальные капиталы на пособие выходящим арестантам, на покупку инструментов и проч. Что же касается до самих зданий Исправительного заведения, выстроенных на городской земле, на средства местного приказа, то Попечительный совет находил наиболее соответственным нуждам общественного призрения обратить их вполне под помещение для помешанных. При этом в подтверждение необходимости обратить все здания Исправительного заведения под больницу умалишенных указывалось на то, что «лечебница умалишенных при Исправительном заведении ни в каком случае упразднена быть не может, так как представляет нужные удобства для помещения больных при общем недостатке мест, и, напротив, должна быть расширена настолько, чтобы все, если возможно, другие отделения, временно учрежденные (в Обуховской больнице 34, во временной загородной больнице до 100, в городских богадельнях 30 и в Екатерингофском временном приюте до 50) в числе 214 мест, могли бы быть закрыты, как вовсе не соответствующие своему назначению. Если предположить, что всё здание Исправительного заведения будет отдано под помещение умалишенных, то в нем могут найти постоянный и соответственный приют 270 чел. больных. С осуществлением такого предположения устранится один из существенных недостатков настоящего больничного положения и умалишенные впредь будут уже прямо отсылаемы в ту лечебницу, а не в полицейские части, коих грустная обстановка и несоответственное содержание всем известны. Приспособление всего здания под помещения умалишенных не требует капитальных переделок, потому что в двух этажах они уже устроены; в других же этажах, при нынешнем содержании здания, нужен будет только незначительный ремонт. Таким образом, устроенная лечебница могла бы составить, так сказать, центральное бюро для приема умалишенных взамен полицейских частей, и в нем часть оставалась бы для окончательного излечения, часть же неизлечимых могла бы быть препровождаема в другие заведения по усмотрению начальства. Подобная мера, как самая рациональная, принята в Париже, и раз навсегда избавила от тех затруднений, которые ежедневно встречаются в Петербурге при вопросе о размещении умалишенных».

Ходатайство Попечительного совета, подкрепленное изложенными в журнале общего его собрания соображениями, не осталось без успеха. По Высочайшему повелению 3 марта 1872 года Исправительное заведение передано было в общее тюремное ведомство, а отпускавшиеся дотоле суммы на содержание этого заведения, до 47 000 рублей, обращены были на уси-

ление больничных средств и вместе со всеми зданиями бывшего Исправительного заведения, выстроенного на городской земле и на средства местного приказа общественного призрения, оставлены в распоряжении Попечительного совета, устроившего в зданиях бывшего Исправительного заведения больницу св. Николая Чудотворца, по имени святителя, которому посвящен храм заведения.

После того, по докладу главноуправляющего IV отделением Собственной Его Императорского Величества канцелярии о закрытии временно существовавшего при Обуховской больнице отделения для умалишенных, 29 декабря 1873 года состоялось Высочайшее повеление, коим разрешено упразднить отделение умалишенных при Обуховской больнице с соответственным сокращением нормального количества 1000 больных на 35 человек и с открытием при больнице св. Николая Чудотворца стольких же, т. е. 35 мест для страждущих душевными недугами; равным образом Высочайше повелено 8033 рубля 14½ коп., ежегодно отпускаемых приказом общественного призрения на помянутое отделение Обуховской больницы, перенести из доходных смет этой последней в сметы доходов больницы св. Николая Чудотворца.

Для того, чтобы бывшую временную лечебницу можно было сделать самостоятельным учреждением для душевнобольных, притом же почти в двойном числе против прежнего, потребовалось много капитальных переделок и различных переустройств. Ввиду необходимости значительных денежных затрат для приведения всего этого в исполнение и ввиду того, что сами переделки могли быть исполняемы только по частям, потому что на время ремонта некуда было выводить больных, а приходилось лишь перемещать их, иногда на несколько месяцев, в разные части здания, — было признано удобным все работы по приспособлениям разбить на несколько лет, в каковой срок и выполнить всю программу. Попечитель граф Ламздорф недолго, однако, оставался попечителем больницы, и вскоре, 29 апреля 1872 года по Высочайшему повелению на его место был назначен попечителем д. с. с. К. Ф. Ордин. При нем больнице удалось воспользоваться довольно значительными средствами для того, чтобы она могла быть приведена в то положение, в котором перешла в 1884 году в заведывание городского общественного управления. Но не все преднамеченные капитальные переделки и сооружения были исполнены, и в 1879 году, за недостатком денежных средств, были приостановлены. Таким образом, все, что было переделано и вновь сооружено, — все это относится к периоду времени от 1872 до 1879 года.

В виде исторической справки следует перечислить главнейшие переделки и сооружения, сделанные за это время.

Из капитальных работ по главному зданию, как связанных с общим планом приспособлений для новых целей, так и произведенных с целью

общего улучшения гигиенических условий заведения, было устроено следующее:

- Во всем главном здании бывшие простые отхожие места заменены ватерклозетами (1872).
- Уничтожены темные пространства, существовавшие во всех четырех этажах, в тех местах, где стены здания так пересекались, что при этом образовались темные, без окон и без всякой вентиляции комнаты. До этого в них помещались карцеры, отхожие места и кладовые. Во всех этих помещениях были вынуты внутренние переборки, в первом этаже пробиты своды, в остальных сняты полы и потолки, и, таким образом, на месте всех этих темных комнат образовались 4 огромных, в вышину всех этажей, вместилища, освещенные сверху, через посредство устроенного в крыше светового фонаря (1872–1877).
- Вместо ручной водокачальни проложена новая система водопроводных труб, соединенная с общей сетью городских водопроводов. Устройство всего этого, вместе с баками, обошлось в 4045 руб. (1873). Позже понадобилось проложить новые трубы для стоков грязной воды (1873).
- В главном здании, в боковых крыльях 4-го этажа и в левой половине 3-го устроены, по системе инженера Флавицкого, водяное отопление и искусственная вентиляция (1875–1877).
- Во всем 4-м этаже и во всех помещениях, занимаемых больными во 2-м этаже, закладные оконные рамы и летние и зимние переплеты, оказавшиеся ветхими, заменены новыми. При этом с окон 2-го этажа сняты наружные железные решетки (1875–1876).
- На месте бывшего перед главным зданием обширного мощеного двора разбиты новые сады и обсажены растениями. При этом капитально ремонтированы мостовая и тротуары вокруг всего заведения.

Для специального приспособления главного здания под новую больницу постепенно были произведены следующие работы:

- Устроены две новые каменные внутренние лестницы, давшие возможность разбить существовавшие слишком большие помещения на меньшие, самостоятельные отделения, но зато в большем числе, что было крайне необходимо для размещения больных по отдельным их категориям (1872–1873).
- Во втором этаже заново устроены пенсионерские отделения и отделения для спокойных штатных больных привилегированных классов. Отделения эти меблированы соответствующим их назначению образом.
- В 4-м этаже устроены заново отделения для буйных мужчин и женщин. В главных частях они, при передаче больницы городу, сохраняли свой первоначальный вид. В сводах внутренних коридоров этих отделений понадобилось пробить отверстия для освещения их сверху, через чердак. Устройство этих двух отделений обошлось в 12 153 руб. и было произведено в 1873 году.

- Устроены отделения для беспокойных и неопрятных в 4-м этаже в обоих боковых крыльях здания (1875–1876).
- 3-й этаж с левой стороны капитально переделан под отделения спокойных, непривилегированных званий больных (1877).
- Переустроены и расширены врачебный кабинет, контора, архив, а также главная кладовая (1878–1879).
- Устроены на отделениях буйных больных по одной мягкой комнате; заменен во 2-м этаже во многих местах прежний пол паркетным (1879).

Кроме того, различные другие здания и их части тоже подверглись более или менее капитальному переустройству; иные же постройки были возведены заново, а именно:

- Вновь выстроена каменная часовня, с комнатой для хранения тел умерших и с кабинетом для вскрытий. Вся постройка, оконченная в 1876 году, была сооружена на добровольные пожертвования и обошлась в 9000 руб.
- Построен новый каменный ледник (1875).
- Построена оранжерея, обошедшаяся в 2000 руб. (1876).
- Переустроена прачечная и устроена в ней усиленная вентиляция (1874).
- Капитально переделана, расширена и значительно усовершенствована кухня, над которою устроены зимние сушила (для белья); в том же флигеле капитально ремонтировано помещение для прислуги (1874).
- Капитально ремонтированы переданные больнице деревянные бараки, принадлежавшие Александровской больнице для чернорабочих; в них проложены водопроводные трубы и простые отхожие места заменены ватерклозетами (1876).

Наконец, следует упомянуть о двух сооружениях, впоследствии оставленных без употребления. Одно — это устройство двух подъемных ручных машин и второе — нефтегазовый завод с соответствующей сетью газопроводных труб. Первое относится к 1875, а второе к 1879 году. Оба эти сооружения подвергались частым и значительным повреждениям. Между тем польза, ими доставляемая, была незначительная; содержание же их обходилось очень дорого. Поэтому, вслед за окончательным крушением подъемных машин и после приключившегося взрыва в газовом заводе, оба эти сооружения оставлены без починки и употребления.

В этом перечне произведенных работ на пути к расширению и приведению в соответствующий вид всех помещений, отмечены, конечно, главнейшие, могущие дать общее понятие о существенных переменах, которым подверглось здание бывшего Исправительного заведения после перехода в заведывание Попечительного совета.

В дополнение следует привести итоги сумм, затраченных советом на описанное переустройство, начиная с 1872 по 1879 год включительно: в 1872 году — 31 954 руб., в 1873 — 26 724 руб., в 1874 — 21 279 руб., в 1875 —

18 378 руб., в 1876 — 18 344 руб., в 1877 — 17 763 руб., в 1878 — 7206 руб., в 1879 — 12 665 руб., всего за 8 лет — 154 309 руб.

Как нередко случается с постройками и вообще с предприятиями, приводящимися в исполнение в течение очень долгого времени, устроители должны были по временам отклоняться от первоначальной программы. Так, уже с самого начала общее число больных было изменено допущением еще в 1872 году не 15 мест для пенсионеров, а 30. Позже, в 1874 году состоялся перевод в больницу св. Николая Чудотворца умалишенных из закрытого затем отделения в Обуховской больнице в числе 30 мужчин. Общее число больных уже возросло, следовательно, до 260 штатных и 30 пенсионеров, но последних уже в это время поступало значительно больше. Еще позже, в 1878 году, губернское земство вошло в соглашение и открыло за свой счет 15 вакансий (с уплатою денег по действительной стоимости их содержания) для душевнобольных, и в конце образовался официально признанный штат больницы круглым числом на 305 мест; но в действительности он уже в течение нескольких последних лет был нарушен, и в больнице содержалось значительно больше. Само же переустройство шло медленно и в 1879 году совершенно приостановилось. Собственно говоря, оно уже приостановилось в 1877 году, ибо в 1878 году было израсходовано немногим больше суммы, необходимой для самого обыкновенного ремонта, а в 1879-м главная затрата была произведена на устройство газового освещения — статьи, не входившей в первоначальную программу устройства больницы. Таким образом, в окончательном результате оказывается, что больница св. Николая Чудотворца никогда не находилась на степени, удовлетворяющей своей цели [1].

---

[1] Подтверждением этого могут служить следующие цифровые данные относительно числа умопомешанных, содержавшихся в приемных покоях полицейских частей как до устройства больницы св. Николая Чудотворца, так и после ее устройства: в 1860 году — 129 чел., в 1861 — 115, в 1862 — 161, в 1863 — 208, в 1864 — 230, в 1865 — 213, в 1866 — 224, в 1867 — 293, в 1868 — 374, в 1869 — 400, в 1870 — 366, в 1871 — 510, в 1872 — 470, в 1873 — 464, в 1874 — 534 чел.

В 1875 году с.-петербургский градоначальник обратился к с.-петербургскому городскому общественному управлению с предложением обратить внимание на ненормальное положение дела призрения душевнобольных в С.-Петербурге, как в видах человеколюбия, так и общественной безопасности, и по приговору Городской Думы 26 марта 1876 года снова был открыт приют для первоначального призрения умопомешанных на 50 человек, причем на устройство приюта было назначено 3291 руб. 45 коп. и на ежегодное содержание 2036 руб.

Но и эта мера скоро оказалась недостаточною. Уже в 1880 году поступило в приемные покои полицейских частей 534 умопомешанных: в 1881 году — 545 человек, в 1882 — 506 и в 1883 — 534; из всего этого числа поступило в больницу св. Николая Чудотворца: в 1880 году — 123, в 1881 — 62, в 1882 — 38 и в 1883 — 37 человек.

Наконец, ввиду недостатка мест для душевнобольных, исполнительная санитарная комиссия при градоначальстве устроила две временные больницы на Охте для призрения душевнобольных 200 мужчин и 200 женщин.

В заключение и пополнение этого исторического обзора следует прибавить несколько слов о внутреннем устройстве больницы св. Николая Чудотворца.

Выше были уже указаны некоторые стороны устава бывшей временной лечебницы при Исправительном заведении. С упразднением Исправительного заведения и учреждением самостоятельной и уже не временной больницы на 300 больных естественно было требовать нового, особого положения. На этот раз, однако, поступили иначе, чем в 1865 году, когда все было обдумано, разработано и утверждено раньше и потом всё это приведено к осуществлению в определенном заранее порядке. В настоящем случае никакого устава или положения не было предложено, а взамен этого было предоставлено попечителю больницы дискреционное право внести проект устава, когда он, по указаниям опыта и других данных, сочтет это благовременным. Последствием этого было, что бывший попечитель вплоть до самой передачи больницы св. Николая Чудотворца городу, т. е. с 1872 по 1884 год, издал целый ряд инструкций, предписаний и предложений, но все это не составило устава и больница такового не имела.

Понятно, что если говорить только о больнице св. Николая Чудотворца, то об истории ее деятельности по существу не может быть речи. Во-первых, весь этот исторический период обнимает собою лишь 12 лет, и затем, из них в течение 6 лет шли беспрестанные перестройки и оставались неоконченными, и все 12 лет больница в своей деятельности руководствовалась не определенными правилами, а лишь случайными указаниями.

Случайность самого возникновения больницы, недостаток твердых начал, которыми должна была руководиться больница, хотя бы и в непродолжительный период времени, в конце, однако, обнаруживает следующее:

В больницу поступило — при штатном числе больничных мест на 135 человек: в 1866 году —195, в 1867 — 134, в 1868 — 179, в 1869 — 180, в 1870 — 166 чел., при штате в 245 мест: в 1871 — 382 чел., при штате в 305 мест: в 1872 — 327 чел., в 1873 — 278 чел.; по переводе умопомешанных из Обуховской больницы: в 1874 — 382 чел., в 1875 — 312, в 1876 — 277, в 1877 — 246, в 1878 — 285, в 1879 — 292, в 1880 — 321, в 1881 — 244, в 1882 — 217, в 1883 — 199, в 1884 — 273; всего за 19 лет поступило 4789 чел., что составляет средним числом по 263 больных в год.

Пересматривая эти цифры, нетрудно убедиться, что обмен больных был ничтожен и что он увеличивался только в годы увеличения числа мест или в годы, когда другие заведения являлись на помощь, открывая у себя места, куда можно было эвакуировать больных в несколько большем числе, чем обыкновенно. Но как только в течение нескольких лет никаких заметных изменений в абсолютном числе мест для умалишенных не происходило, то на больнице св. Николая это не замедлило отразиться постепенным из года в год падением числа вновь поступающих больных, как это случилось, например, за последние 5 лет приведенного выше ряда цифр.

Очевидно, что такой путь вынужден вести больницу не к преуспеванию, а к упадку и довести ее до положения богадельни, которая, однако, дорого обходится.

Таким образом, в самой существенной стороне деятельности больницы история ее показывает ясно одно — невозможность удовлетворить столь важной задаче, какою является дело призрения душевнобольных вообще и в Петербурге в частности, разными случайными, временными полумерами — оно дорого и не достигает цели — отсюда делается, вместе с тем, ясен и тот путь, по которому следует идти на будущее время.

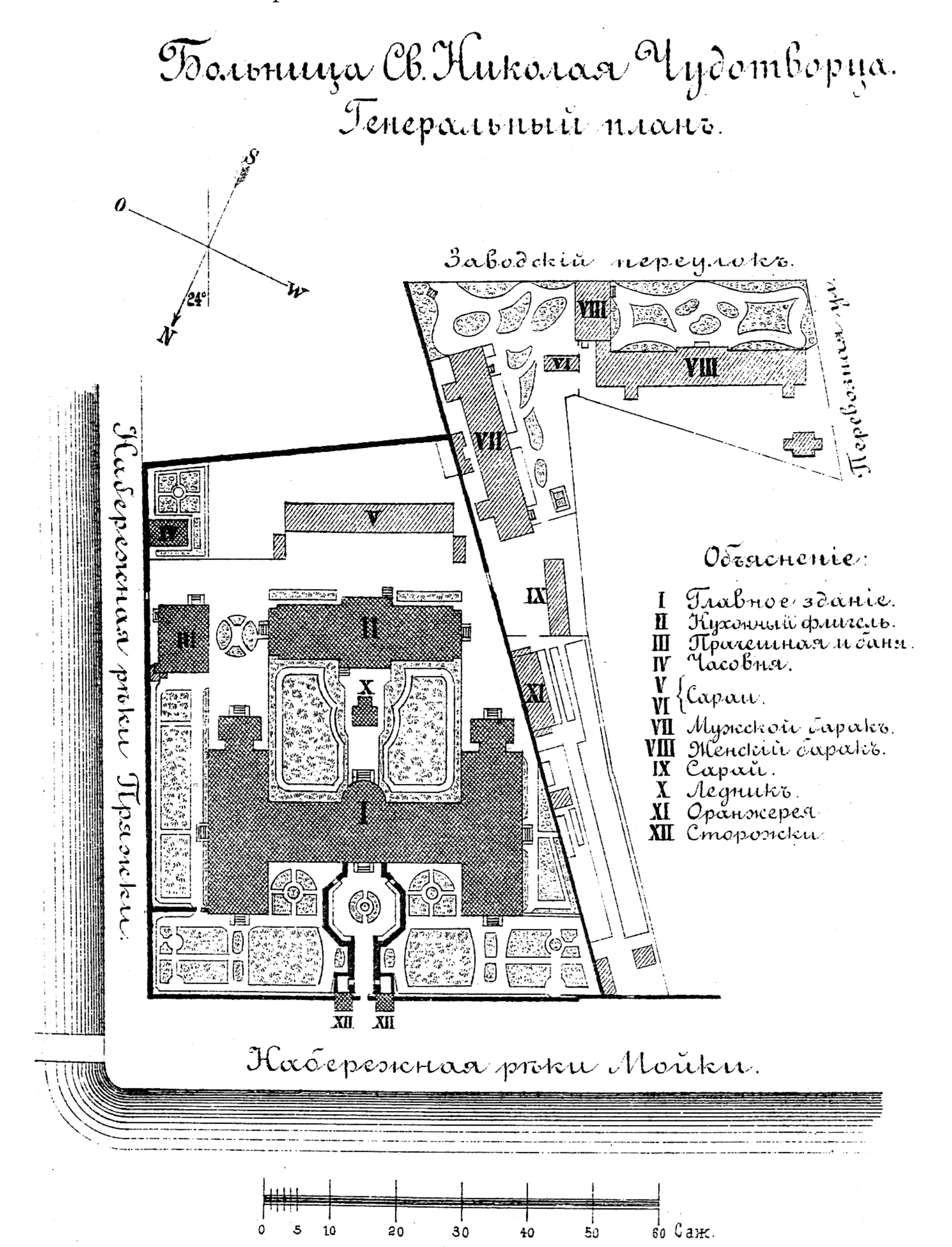
2. СОСТОЯНИЕ БОЛЬНИЦЫ ПРИ ПЕРЕХОДЕ ЕЕ В ЗАВЕДЫВАНИЕ ГОРОДСКОГО ОБЩЕСТВЕННОГО УПРАВЛЕНИЯ

Местоположение больницы, границы ее земли и размеры ее. — Отдельные здания, дворы и сады больницы. — Общие санитарные условия местности и зданий. — Описание главного корпуса больницы, размеры его. — Каменный флигель. — Каменный ледник. — Деревянный большой сарай. — Прачечная и баня. — Часовня. — Другие деревянные постройки. — Сравнительная величина разных помещений. — Страхование зданий. — Штат больничного персонала. — Управление больницы. — Благотворительное общество при больнице. — Аптека. — Больничная кухня и продовольствие больных. — Надзор и уход за больными. — Прачечная и стирка белья. — Собственные вещи больных. — Вскрытие трупов. — Дезинфекция

Больница св. Николая Чудотворца находится во 2-м участке Коломенской части и значится под № 1–124 по р. Мойке и Пряжке на Матисовом острове, близ впадения р. Мойки в р. Большую Неву. Участок земли, принадлежащий больнице, отграничивается спереди (с северной стороны) набережною р. Мойки и под прямым углом к ней идущей набережною р. Пряжки (с востока), до границы с владениями генерал-майора Друри, откуда граница больничного участка идет почти под прямым углом на запад, по длине этих владений и смежного с ними участка купца Комелова. Далее граница участка, огибая владение Комелова, выходит на Заводский переулок до угла Перевозной улицы; от этого угла граница загибается опять под прямым углом и идет по направлению к северу по Перевозной улице по границе дровяного двора Иларионова, сначала врезывающегося под прямым углом почти на 40 саж. в больничный участок и затем смежный до встречи с набережною р. Мойки.

Таким образом, участок земли, занимаемый больницею, имеет форму неправильного многоугольника, при следующей длине разных его сторон: по р. Мойке — 84,33 саж., по р. Пряжке — 85 саж., по границе между Друри и Комеловым — 77 саж., по Заводскому переулку — 62,33 саж., по Перевозной улице — 31,33 саж., по двум линиям границы с остальными соседями — 142,86 саж. Всего же квадратной площади этот участок имеет 8193,53 кв. саж.,

из которых занято под каменными строениями и оградами 1465,57 кв. саж., под деревянными строениями — 732,26 кв. саж., а всего под постройками — 2197,83, под дворами — 3283 кв. саж., а остальное пространство — 2712 кв. саж., занято садами и огородами.



Как видно из генерального плана, общее расположение построек, садов и дворов следующее:

Главное здание (№ I) представляет собою 4-этажный корпус, обращенный фасадом на р. Мойку, и имеет форму строения в виде буквы «Н». В нем имеются помещения для всех больных, для большей части больничной прислуги, квартиры врачей и некоторых других служащих; тут же помещаются: церковь, контора, врачебный кабинет, кладовая и некоторые службы.

Сзади этого здания, на расстоянии 20 саж. от него и параллельно ему, находится большой двухэтажный флигель (обозн. цифр. II на плане), в котором помещаются больничная кухня, артельная кухня для прислуги и квартиры остальных служащих; главным образом, здесь размещен служебный персонал по хозяйственной части больницы.

Этот флигель задним своим фасадом выходит на черный двор, на котором, как раз напротив, расположено, на расстоянии 10 саж., ветхое, длиной в 24 саж., деревянное строение (№ V), заключающее в себе конюшни, сараи, кладовые, ледники и проч.; к нему же примыкают с обоих концов ветхие помойные ямы.

Под № III обозначено каменное одноэтажное здание, в котором помещаются прачечная и баня; под № IV каменная небольшая часовня с комнатой для производства вскрытий; под № X каменный ледник и под № XII две сторожевые будки, тоже каменные и расположенные по сторонам главных ворот.

Все указанные здания и постройки расположены на первоначальном участке земли, отведенном бывшему Исправительному заведению и обнесенном кругом высокой каменной оградой, с переднего фасада чугунной. За исключением пространства, находящегося между деревянным сараем (№ V) и каменной оградой и составляющего дровяной (немощеный) двор, а равно за исключением черного двора, находящегося между тем же сараем и кухонным флигелем (№ II), и других меньших двориков и проходов между отдельными зданиями, все остальное пространство разбито под садами и частью засажено кустарником и деревьями. Таким образом, на этом участке имеются спереди по одному садику для спокойных мужчин и для спокойных женщин; а сзади между главным корпусом и флигелем по одному садику для беспокойных мужчин и для беспокойных женщин. Все эти сады обнесены высокою оградою, так что гуляющие в одном саду не видят гуляющих в другом и не могут переговариваться между собою. Кроме этих четырех главных садов имеются по бокам еще два небольших садика, служащие для иного вида больных, в случае надобности для отдельных прогулов кого-либо из них. Все эти сады вместе представляют площадь приблизительно в 1700 кв. саж.

На второй половине больничного участка, приобретенного уже позже возведения главных корпусов Исправительного заведения, расположены различные деревянные постройки; главнейшие из них корпуса VII и VIII; первый составляет довольно ветхое, длиной в 32 саж. здание, только в $^1/_3$ бревенчатое и отопляемое; в остальной же части дощатое, не отапливаемое и без потолка. Крыша покрыта толем. Второе здание, в 30 саж. длины, довольно ветхое и уже давно предназначенное к капитальному ремонту; построено из бревен, за исключением небольшой к нему дощатой пристройки, покрыто железом, отапливается; в прежнее время в нем держались больные и зимою. Оба эти барака, как это было отчасти видно из исторического обзора, перешли во владение больницы св. Николая Чудотворца лишь с 1876 года. До того времени в них содержались в разное время различные больные. Со времени передачи бараков больнице св. Николая Чудотворца они служили, главным образом, летом, во время ремонта главного здания, для перевода туда душевнобольных: в один из них мужчин, в другой — женщин. При обоих этих зданиях имеются небольшие садики.

Из других построек можно указать на обозначенную на плане цифрою XI оранжерею, вокруг которой имеются парники и разбиваются летом грядки для цветов. Остальные здания на этом участке — полуразваливающиеся сараи, в которых хранятся разные вещи, напр., в сарае VII — узлы, принадлежащие больным, а в IX — кокс.

Что касается общих санитарных условий местности, то по этому вопросу чего-либо особенно точного сказать нельзя, так как специальных наблюдений в этом направлении не было. Однако следует отметить, что западные ветры нагоняют дым из труб заводов, находящихся поблизости, а летом еще и от мимоидущих пароходов, а также неприятный и удушливый запах от гнилостных веществ из костеобжигательных, альбуминных, мыловаренных и иных заводов, расположенных на Гутуевском острове. Местность, где находится больница, довольно низкая и при наводнениях выше 7 фут. вода выступает во двор.

Из тех или других сооружений и устройств, имеющих санитарное значение, следует указать на главнейшие. Так, водоснабжение производится невскою водою посредством городских водопроводных труб. Для обеспечения правильного водоснабжения в больнице имеются три бака: два на чердаке главного здания: один железный, вместимостью в 1020 ведер, другой деревянный, вместимостью в 400 ведер, и третий, тоже железный, на чердаке флигеля, обозначенного на плане под № II, вместимостью 2650 ведер. Однако, несмотря на это, больница часто страдает от недостатка воды, ибо при большом расходе воды в городе в трубах водопровода так мало напора, что иногда по целым часам вода не идет, а запас ее успевает израсходоваться. Кранов имеется во дворе 6 и в зданиях 126; пожарных кранов

во дворе и в зданиях 8. Около бараков 2 колодца, во дворе кроме этого один выпуск. Вода подведена как в помещения больных, так и в хозяйственные помещения и в жилые помещения служащих. Расход воды на нужды заведения около 2 $^{1}/_{2}$ миллионов ведер в год[2].

Что касается другого, весьма важного, вопроса, а именно: удаления нечистот, то эта важная санитарная мера по отношению к больнице св. Николая Чудотворца оставляет еще желать весьма многого. До 1872 года все здание имело самые примитивные отхожие места и помойные ямы. Мало того, в разных местах больничных отделений в темных небольших комнатах, освещавшихся день и ночь керосиновыми фонарями, ставились судна для испражнений, а вечером и рано утром прислуга переносила эти судна, через целые отделения, по длинным коридорам в такие отхожие места, в которых были уже люки, в самые ямы для приема нечистот, и там их выливали. Нетрудно себе представить, какое зловоние распространялось ежедневно утром и вечером по больничным отделениям.

При переходе больницы в заведывание города ватерклозеты имелись уже в главном здании, а также в двух деревянных корпусах VII и VIII и в бане. В надворном же флигеле остались отхожие места простые. Из тех и других нечистоты собираются частью в выгребные ямы, частью, т. е. более жидкие нечистоты, отводятся по сточным трубам.

Ватерклозетов в помещении больных — 12, в квартирах служащих и в некоторых административных отделениях больницы — 8. Простых ретирадников в главном здании нет, в других зданиях их 5. Выгребных же ям имеется 9, вместимостью по 3 куб. саж. каждая; нечистоты из них вывозятся 2–3 раза в месяц в герметически закрытых бочках, около 8–10 бочек за раз. По приблизительному расчету, в год вывозится нечистот от 200 до 400 бочек или от 8000 до 16 000 ведер. Из помойных ям нечистоты вывозятся в закрытых бочках. Есть еще сообщающиеся с городскими трубами сточные форменные колодцы для жидких нечистот, числом 3, которые ежемесячно осматриваются и чистятся весною и осенью. Как эти жидкости, так и жидкости после вскрытия трупов, которых бывает в год от 25 до 50, стекают в общую водосточную трубу, а оттуда в р. Пряжку. Что же касается грязного перевязочного материала, как то: бинтов, ваты, марли и т. п., то его бывает очень мало и он уничтожается сжиганием в обыкновенных печках.

Вывоз нечистот производится по контракту, за что вместе с вывозом снега с переднего парадного дворика платится 950 руб. в год. Очистка снега с крыши и со всей усадьбы вообще производится домашними средствами: снег складывается в кучи возле мест прохода или проезда, а при боль-

---

[2] Собранными после передачи больницы в ведение городского управления сведениями выяснено, что в больнице израсходовано воды: в 1883 году — 2 721 960 ведер, в 1884 — 2 426 520, в 1885 — 2 544 360, в 1886 — 2 519 800 ведер.

шом его накоплении свозится больничными лошадьми на двор перед бараками, там разбрасывается и остается до растаяния.

Улицы, прилегающие к земле больницы, освещаются керосиновыми фонарями, которых 16; во дворе их 5. Раньше, с 1879 до 1881 года двор освещался газом из проведенных газовых труб от домашнего небольшого газонефтяного завода. Горящих ламп в отделениях 192, на лестницах и коридорах — 78.

Тротуары вокруг больницы плитные, во дворе тоже плитные, но есть и вымощенные булыжным камнем; всего вымощенного уличного пространства вокруг больницы 508,38 кв. саж.

Главный корпус больницы служит для помещения 305 больных и представляет здание с внутренним коридором. Длина фасада по р. Мойке 50 пог. саж., по Пряжке — 31,16 саж., ширина 9,50 саж., площадь главного корпуса — 475 кв. саж.; четыре больших выступа, каждый длиной 9,0 саж., шириной 8,33 саж., имеют общую площадь 316,54 кв. саж.; два перешейка длиной 1,50 саж., ширин. 4,66 саж., имеют общую площадь 13,98 кв. саж., полукруг диаметра — 7,33 саж. — 22 кв. саж., два малых выступа длиной 3,50 саж., шириной 6,72 саж., имеют площадь 47,39 саж. Все же здание имеет площадь в 874,91 кв. саж., а при высоте в 8,33 пог. саж. представляет объем 7287,95 куб. саж.

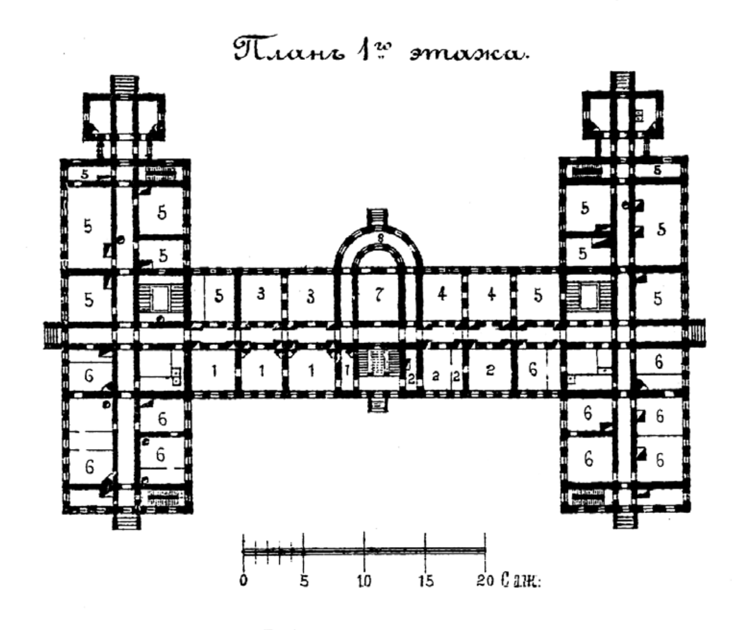
Первый этаж имеет 8 выходов и 7 лестниц; коридоров 4: один в средней части, два в боковых и один полукруглый посредине, против главного входа; потолки сводчатые, высота от пола до потолка 1,66 саж.

В первом этаже 31 помещение: 23 жилых и 8 нежилых; высота от пола до потолка в помещениях 1,58 саж. Ватерклозетов 6, число очков в них — 8. Окон в этом этаже 129, почти все они выходят в сад, потому что главное здание окружено больничными садами, площадь световой поверхности их равняется 3684,34 кв. фут. Число печей для отопления — 63. Число очаговых плит — 16. Русских печей — 4, кранов — 6, раковин — 4. Число форточек первого этажа — 57, размер в фут. — 3,41 ф., общая площадь 194,37 кв. фут. Вместимость помещений первого этажа следующая:

Коридоров	201,61 куб. саж.
Лестниц и входов	68,38 куб. саж.
Ватерклозетов	35,30 куб. саж.
Жилых помещений	339,30 куб. саж.
Нежилых	175,52 куб. саж.
Общее число живущих	116 человек.

В первом этаже, в средней части расположены: налево от главного входа контора, направо врачебный кабинет, аптека и квартира надзирательницы, против, через коридор, гладильня, большая кладовая, мастерская, квартира фельдшерицы и помещение парового котла. Левая боковая часть

Главный больничный корпусъ.
(По генеральному плану I.)



Объясненіе:

1. Контора.
2. Пріемная и кабинетъ докторовъ.
3. Рабочая комната. (Мастерская для больныхъ.
4. Гладильня.
5. Помѣщенія для прислуги.
6. Квартиры служащихъ.
7. Цейхгаузъ.
8. Проходъ въ кухню.

содержит справа от входа, со двора: помещение сторожа, общее помещение служителей, квартиру надзирателя I отделения, квартиру священника и квартиру машиниста с помещением парового котла; против — лестница в квартиры служащих, расположенные в верхних этажах, квартира кастелянши, два ватерклозета, помещение подъемной машины, лестница в отделения, комната фельдшера, служителей, черная лестница или боковая лестница в отделения больных и помещение двух сторожей. Правая боковая часть: влево от входа со двора ватерклозет, комнаты швеи, сиделок I и II отделений, швейцара, надзирательницы, вахтера, помощницы письмоводителя, котел и помещение портного; против — лестницы в квартиры служа-

щих в следующих этажах, квартира причетника и дальше — фельдшерицы, надзирателя, ватерклозеты, подъемная машина, внутренняя лестница и вход в отделения, квартиры писца конторы, сиделок III отделения, боковая лестница в отделения и помещение сторожа.

Больничная контора занимает 4 комнаты, площадь всего помещения равняется 37 кв. саж., вместимость 57,27 куб. саж.; 10 окон в сад представляют 285,60 кв. фут. световой поверхности, каждая комната имеет по форточке. Печей 7, выходящих в коридор дверей 8. Первая комната конторы занимается обыкновенно приведенными для приема больными с их провожатыми. Вторая и третья служат помещением письмоводителя, писцов и отдельных столов для занятий смотрителя и для эконома. Здесь производится вся письменная работа по административно-хозяйственной части, осмотр больничных вещей и материалов и т. п. Четвертая комната, в которой в прежнее время собиралось «присутствие», служит местом занятий попечителя и членов конторы, а также здесь помещается касса.

Врачебный кабинет и аптека тоже имеют четыре комнаты, площадь которых занимает 24,54 кв. саж., вместимость их равняется 38,82 куб. саж. Окон 7, с световой поверхностью в 199,92 кв. фут., форточек 5, печей тоже 5, дверей 6. Во врачебном кабинете находится медицинская библиотека, производятся микроскопические исследования и некоторые химические анализы. Здесь же происходит исследование вновь поступающих больных, собираются конференции врачей и обыкновенно находится дежурный врач. В аптеке, кроме шкафов с медикаментами, находится небольшой кокторий и песчаная баня, приспособленная для приготовления некоторых несложных лекарств.

Квартира надзирательницы — две комнаты, площадь их 10,68 кв. саж., вместимость 16,87 куб. саж., число окон 3, с световой поверхностью в 85,68 кв. фут., форточек 2, печей 2, дверей 3, число живущих лиц 5, на каждого человека приходится по 2,13 кв. саж. площади и по 3,37 куб. саж. вместимости.

Гладильня занимает большое помещение в 3 комнаты на стороне, противоположной главному фасаду, окнами выходит в сад. Площадь этих трех комнат равняется 32,34 кв. саж., вместимость 52,02 куб. саж. Окон 9, с световой поверхностью в 257,04 кв. фут., в них три форточки, печей 6, одна плита для утюгов, дверей 6.

Большая кладовая для хранения одежды, белья, обуви и других запасов для больных занимает одну комнату с полукруглым выступом против парадной лестницы; площадь ее равняется 14,46 кв. саж., вместимость 23,56 куб. саж. Окон 5, общая световая поверхность в 171,36 кв. фут., ни форточек, ни печей в ней нет, дверей 3.

Далее следуют мастерские для занятий больных, которые занимают 2 комнаты площадью в 33,98 кв. саж., вместимостью 34,68 куб. саж. Окон

в этих комнатах 6, световая поверхность их равняется 171,36 кв. фут., форточек 2, печей 4, дверей 3.

Квартира фельдшерицы, помещающаяся рядом с мастерской, состоит из одной комнаты площадью в 6,75 кв. саж., вместимостью 10,66 куб. саж. Окон в ней 2, с световой поверхностью в 57,12 кв. фут., форточка 1, печь 1, дверь 1, живущих 1.

Помещений паровых котлов для водяного отопления некоторых частей отделений 5, в общей сложности они занимают площадь в 20,06 кв. саж., вместимость их равняется 31,64 куб. саж. Число окон в двух помещениях по 3 и в трех по 1, так что всего 9 окон, с световой поверхностью в 257,04 кв. фут., форточек 5, дверей 5. При этих помещениях имеются небольшие комнаты для служащих; живущих здесь 9 человек.

В левой боковой части находятся помещения мужской прислуги при больных; они состоят из трех комнат; площадь, ими занимаемая, равняется 32,22 кв. саж.; вместимость — 50,60 куб. саж. Число окон в них 9, с общей световой поверхностью в 257,04 кв. фут., форточек здесь 4, печей 3, дверей 4. Первая из этих комнат небольшая, в одно окно, соединена дверью со второй, имеет в длину 3 саж., ширины 1,41 саж., следовательно, площадь ее 4,33 кв. саж., при общей высоте, равной 1,58 саж., вместимость ее — 6,65 куб. саж., живущих в этой комнате 5 человек, следовательно, на каждого придется 0,84 кв. саж. площади и 1,33 куб. саж. вместимости. Следующая большая комната, в 5 окон, с 2 форточками и с общей световой поверхностью в 142,80 кв. фут. (16% площади пола), имеет в длину 6 саж., в ширину 3 саж., площадь равняется 18 кв. саж.; вместимость же 28,44 куб. саж.; при общем числе помещающихся в ней 20 человек служителей на каждого придется по 0,9 кв. саж. площади и по 1,42 куб. саж. вместимости. Для воды есть два водопроводных крана. Третья комната почти вдвое меньше, имеет 3 окна, с световой поверхностью в 85,68 кв. фут. (19% площади пола), и одну форточку. В длину она имеет 3,33 саж., в ширину 3 саж., следовательно, площадь равняется 9,99 кв. саж., и вместимость 15,78 куб, саж., а при числе живущих 12 человек на одного приходится по 0,83 кв. саж. площади и по 1,97 куб. саж. вместимости. В ней имеется 1 дверь, 1 печь.

Рядом с третьей комнатой прислуги имеется помещение фельдшера. Оно состоит из одной комнаты площадью в 6,75 кв. саж., вместимостью в 10,66 куб. саж.; на каждого из живущих, которых трое, приходится по 2,25 куб. саж. площади и по 3,55 куб. саж. вместимости. Окон в этой комнате 2, со световой поверхностью в 57,12 кв. фут., форточка 1, дверь 1, плитный очаг 1.

Рядом с большой комнатой для служителей находится квартира надзирателя I мужского отделения; в квартире 3 окна, с световой поверхностью в 85,68 кв. фут., одна форточка. Площадь этого помещения — 9 кв. саж., а по числу живущих, которых двое, на каждого приходится по 4,5 кв. саж.

площади и 7,14 куб. саж. вместимости. В помещении находится 1 плитный очаг и 1 дверь в коридор.

По другую сторону поперечного коридора имеются квартиры — направо священника и машиниста, а налево кастелянши. Первая заключает 5 комнат с общей площадью в 27,72 кв. саж. и вместимостью в 43,77 куб. саж.; по числу живущих, которых 3, на каждого приходится 9,24 кв. саж. площади и по 14,59 куб. саж. вместимости. В квартире 8 окон, с общей световой поверхностью в 228,48 кв. фут.; число форточек 4, печей 3, в кухне имеется один плитный очаг; дверей 6, из которых две ведут в коридор. Водопроводного крана нет, а раковина с краном находится против двери, при выходе из кухни в коридор.

Помещение машиниста состоит из 1 комнаты с 2 окнами. Тут же помещается и один из котлов водяного отопления.

Квартира кастелянши состоит из трех комнат, с общей площадью в 16,20 кв. саж., вместимость их равняется 25,56 куб. саж., живущих в ней 5 человек, в каждой комнате по одной форточке, по одной печи и одной двери. Первая комната маленькая — площадь ее 3,24 кв. саж., вместимость — 5,11 куб. саж., в ней 1 окно, с световой поверхностью в 28,56 кв. фут. Две другие комнаты, совершенно равные по размерам, имеют по 6,48 кв. саж. площади и по 10,23 куб. саж. вместимости; окон в каждой комнате по 2, с световой поверхностью в 57,12 кв. фут.

Рядом с этой квартирою имеется ватерклозет, предназначенный для всех квартир служащих, расположенных в этой части этажа. Дальше находится помещение для подъемной машины; оно имеет по 2 саж. в длину и в ширину, вышина же равна общей высоте всех 4 этажей и вместимость около 26 куб. саж.; свет падает сверху, чрез световой фонарь; в каждом помещении — одна дверь, выходящая в коридор. Прежде здесь помещались подъемные машины для подъема дров по этажам, но с устройством водяного отопления в некоторых помещениях больницы количество дров, поднимаемое в отделения, значительно сократилось, поэтому и ввиду частой порчи и других оказавшихся на практике неудобств, машинами пользовались недолго, и они уже более 10 лет стоят без действия.

Проходные помещения боковых частей здания не заняты ничем, имеют по одному окну, площадь их 0,99 кв. саж. и вместимость 1,56 куб. саж.

В правой боковой части главного здания, начиная со входа со двора, направо от входа имеется небольшое помещение парового котла, уже описанное, и налево — клозет, дальше направо — черная лестница и напротив — помещение швеи в одну комнату площадью в 4,23 кв. саж. и вместимостью в 6,68 куб. саж. Далее в этой части здания помещается женская прислуга при больных: им отведены две комнаты: меньшая, на правой стороне, для сиделок III отделения и налево бóльшая для сиделок I и II женских отделений. Помещения эти занимают площадь в 27,99 кв. саж.,

и вместимость в 44,22 куб. саж. Окон 8, со световой поверхностью в 228,48 кв. фут. (16% поверхности пола). Меньшая комната имеет длину в 3,33 саж., ширину в 3 саж., площадь ее 9,99 кв. саж., а вместимость 15,78 куб. саж., по числу живущих, которых 14, на каждую приходится до 0,71 кв. саж. площади и по 1,27 куб. саж. вместимости. Окон 3, форточка 1, и по одной печи и двери. Большая комната имеет в длину 6 саж., в ширину 3 саж., площадь ее 18 кв. саж., вместимость 28,44 куб. саж., при числе живущих в 20 человек, на одну приходится по 0,9 кв. саж. площади и по 1,42 куб. саж. вместимости. Окон в ней 5, со световой поверхностью в 142,80 кв. фут. (16% площади пола), форточек 2, печей 2, дверь 1.

Рядом с меньшею комнатой сиделок находится помещение писца конторы. Площадь его квартиры равняется 6,75 кв. саж., вместимость —10,66 куб. саж. Окон 2, световая поверхность их 57,12 кв. фут., по числу живущих, которых 4, на каждого приходится по 1,68 кв. саж. площади и по 2,66 куб. саж. вместимости; дверь 1; плитный очаг 1, русская печь 1.

Рядом с большой сиделочной комнатой находится помещение швейцара, площадь его 9 кв. саж., вместимость 14,22 куб. саж., по числу 2 живущих имеется по 4,5 кв. саж. площади и по 7,11 куб. саж. вместимости на каждого. Число окон 3, с световой поверхностью в 85,68 кв. фут., форточка 1, дверь 1, в коридор, и 1 печь.

На другом конце этого крыла, с правой стороны от входа имеется квартира надзирателя и фельдшерицы, его жены, состоящая из одной комнаты, площадь ее равняется 6,48 кв. саж., вместимость 10,23 куб. саж., живущих трое, следовательно по 2,16 кв. саж. площади и по 3,41 куб. саж. вместимости на каждого. Окон 2, с световой поверхностью в 57,12 кв. фут., форточка 1, печь русская 1 и один плитный очаг в шестке, дверь 1, в коридор. Наконец, в этом крыле, подобно тому, как и налево, имеется общий клозет и световой дворик с подъемною машиною.

Рядом помещение дьячка при церкви, имеет площадь в 10,2 кв. саж. и вместимость в 16,16 куб. саж., живущих 1 лицо. Окон 3, со световой поверхностью в 85,68 кв. фут., форточка 1, печь русская 1, дверей 2.

Напротив помещения дьячка живет помощница бухгалтера. Квартира ее вместе с помещением вахтера разделены между собой не капитальной стеной, а перегородкой, имеют 6 саж. длины, 3 саж. ширины, площадь в 18 кв. саж. и вместимость в 28,44 куб. саж. Окон в обоих 5, со световой поверхностью в 142,80 кв. фут., по одной форточке в каждом помещении, по 1 плите и по 1 двери, выходящей в коридор; живут в каждом помещении по 4 человека, следовательно, на каждого приходится по 2,25 кв. саж. площади и 3,55 куб. саж. вместимости.

Далее идет квартира надзирательницы в 2 комнаты, площадью в 9,24 кв. саж. и вместимостью в 14,59 куб. саж., число живущих 2.

Второй этаж заключает в себе мужское и женское отделения для спокойных пансионеров и привилегированных званий спокойных больных, церковь и квартиры некоторых служащих.

В нем имеется наружных входов 7, лестниц тоже 7, коридоров 3, один проходящий в средней части здания и два в боковых крыльях его, ватерклозетов 6, число очков в них 8, число жилых комнат 55, нежилых 36, высота помещений от пола до потолка 1,78 саж., коридоры на 5 верш. ниже, коридоры сводчатые. Число окон 133, общая квадратная площадь всех окон вместе 3798,43 кв. фут. Форточек в этих окнах 84, площадь каждой по 4 кв. фут., следовательно общая площадь их равняется 336 кв. фут. Число печей для отопления 74, каминов 6, плитных очагов 5, водопроводных кранов 6, раковин тоже 6, 2 рукомойника и по 2 крана с холодной и горячей водой в ванных комнатах.

Вместимость помещений второго этажа следующая:

Коридоров	76,87 кв. саж.
Лестниц и входов	83,92 кв. саж.
Ватерклозетов	32,74 кв. саж.
Больничных палат	187,03 кв. саж.
Помещений больничного персонала	168,14 кв. саж.
Помещений, незанятых постоянно людьми	217,78 кв. саж.

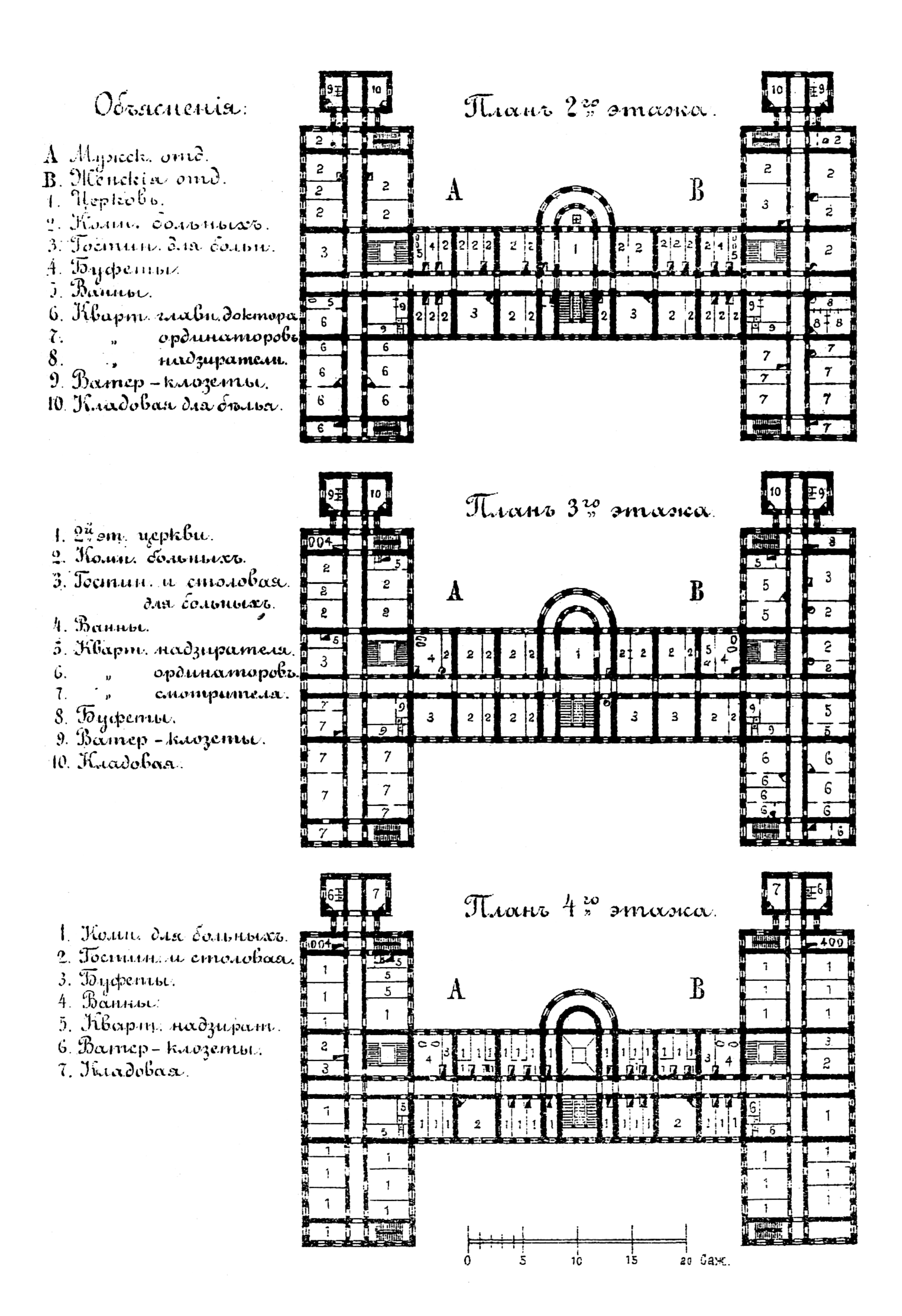
Всех штатных кроватей в обоих отделениях было 84, число живущего персонала —19 человек.

Посередине средней части этого этажа находится церковь, занимающая весь полукружный выступ на стороне, противоположной главному фасаду. Налево от церкви — I мужское отделение для спокойных больных привилегированных званий и для пансионеров. Оно занимает всю левую половину средней части главного здания и заднюю половину левого крыла здания. Переднюю же половину этого крыла занимает квартира главного доктора.

Направо от церкви помещается I женское отделение, тоже для спокойных больных привилегированных званий и для пансионерок, которое занимает то же пространство, что и мужское отделение. Передняя половина правого крыла занята квартирою ординатора, больничным архивом и помещением надзирательницы этого отделения.

В деталях этот этаж представляет следующее:

В церкви помещение для молящихся имеет одну среднюю часть и два боковых отделения; алтарь занимает полукружную выдающуюся часть; средняя часть церкви имеет в длину 3,5 саж., в ширину 3 саж., площадь ее равняется 10,5 кв. саж., при высоте в 1,78 саж., вместимость ее 18,69 куб. саж., боковые части равны между собою: имеют в длину 3 саж., в ширину 1 саж., площадь каждой равняется 3 кв. саж., а вместимость 5,34 куб. саж. Помещение


Объясненія:
A. Мужск. отд.
B. Женскія отд.
1. Церковь.
2. Комн. больныхъ.
3. Гостин. для больн.
4. Буфеты.
5. Ванны.
6. Кварт. главн. доктора.
7. „ ординаторовъ
8. „ надзирателя.
9. Ватер-клозеты.
10. Кладовая для бѣлья.
Планъ 2го этажа.
A
B
1. 2й эт. церкви.
2. Комн. больныхъ.
3. Гостин. и столовая для больныхъ.
4. Ванны.
5. Кварт. надзирателя.
6. „ ординаторовъ.
7. „ смотрителя.
8. Буфеты.
9. Ватер-клозеты.
10. Кладовая.
Планъ 3го этажа.
A
B
1. Комн. для больныхъ.
2. Гостин. и столовая.
3. Буфеты.
4. Ванны.
5. Кварт. надзират.
6. Ватер-клозеты.
7. Кладовая.
Планъ 4го этажа.
A
B
0 5 10 15 20 Саж.

для алтаря имеет в длину 3,32 саж., в ширину 1,33 саж., площадь равняется 4,41 кв. саж., вместимость в 7,84 куб. саж. Общая площадь помещения, занятая церковью, равняется 21,41 кв. саж., вместимость же в 37,20 куб. саж. Всех окон в церкви 5, с общей световой поверхностью в 142,80 кв. фут., форточка 1, печь 1, в левой боковой части; дверей в средней части 3 на лестницу и 3 в алтарь, в боковых частях: по 1 в среднюю часть и по 1 в алтарь; всех дверей 10.

В мужском отделении имеются помещения для дневного пребывания больных и спальни. Общая площадь комнат для дневного пребывания составляет 38,01 кв. саж., вместимость их 67,63 куб. саж. Окон эти помещения имеют 11, с общей световой поверхностью в 314,16 кв. фут. (17% площади пола); общая площадь спален равняется 69,45 кв. саж., а вместимость 123,54 куб. саж.

Начиная от главного хода, налево имеется помещение для одного больного; длина этой комнаты 3 саж., ширина 1 саж., площадь 3 кв. саж., вместимость 5,34 куб. саж. В этой комнате окно 1, со световой поверхностью в 28,56 кв. фут. (20% площади пола); форточка 1, печь 1 и дверь в коридор, на ⅓ своей длины она отделена драпировкой.

Рядом помещается библиотека для больных, небольшая комната в 1 окно, с 1 форточкой, длина ее 3 саж., ширина 1,2 саж., площадь 3,6 кв. саж., и вместимость равняется 6,40 куб. саж., печь одна. Дверь из библиотеки ведет в столовую для пансионеров, комнату в 2 окна, длиной в 3 саж., шириной в 2,41 саж., площадь ее в 7,23 кв. саж., вместимость в 12,86 куб. саж.; в этой комнате форточка 1, печь 1 и 3 двери, из которых одна ведет в находящуюся рядом биллиардную комнату в 3 окна. Комната эта имеет в длину 3,66 саж., в ширину 3 саж., площадь ее в 10,98 кв. саж., вместимость в 19,54 куб. саж.: в ней 1 камин, 1 форточка и 2 двери.

Далее следуют 3 комнаты для одиночных больных, с одной кроватью в каждой; все они, мало различаясь друг от друга, имеют в длину 3 саж., в ширину 1,25 саж., площадь в 3,75 кв. саж., вместимость в 6,67 куб. саж.; в каждой комнате — по одному окну, с световой поверхностью в 28,56 кв. фут. (15% площади пола), в каждом окне по форточке, в трех комнатах 2 печи и в каждой по 1 двери в коридор.

Далее находятся ватерклозет и помещение подъемной машины, описанное выше. Напротив имеются двери на внутреннюю лестницу, а рядом с нею находится ванная комната, длиной 3 саж., шириной в 1,25 саж., площадь равняется 3,75 кв. саж., вместимость 6,67 куб. саж.; 1 окно с форточкой, 1 печь, 2 ванны и по 2 крана теплой и холодной воды над каждой ванной и 1 дверь на внутреннюю лестницу.

Дальше — буфет с плитным очагом для приготовления кипятка больным и разогревания кушанья. Площадь буфета в 3,24 кв. саж.; вместимость в 5,76 куб. саж.; 1 окно с форточкой и 1 дверь.

Рядом 4 комнаты, каждая для одного больного, в 1 окно, длина их одинакова: 3 саж., ширина 1,46 саж., площадь 3,48 кв. саж., вместимость 6,19 куб. саж. Каждое окно имеет 1 форточку, в первой, третьей и четвертой комнатах есть по 1 печи и по 1 двери в коридор. Между собою эти комнаты сообщения не имеют.

Дальше имеется общая палата на 4 кровати, длиной в 3 саж., шириной в 2,41 саж., с площадью 7,23 кв. саж. и вместимостью в 12,86 куб. саж.; по числу больных на каждого приходится по 1,81 кв. саж. площади и по 3,21 куб саж. вместимости, 2 окна дают 57,12 кв. фут. световой поверхности (16% площади пола), 1 форточка, 1 печь и 1 дверь. За этой палатой находится одна комната в 1 окно, длиной 3 саж., шириной 1,2 саж., с площадью в 3,6 кв. саж, вместимостью в 6,40 куб. саж., форточек, печей и дверей по 1.

В задней половине левого крыла, где главным образом помещаются штатные больные, первая комната налево столовая в 3 окна, длиной в 3 саж., шириной в 3 саж., площадь в 9 кв. саж., вместимость в 16,02 куб. саж., форточек, печей и дверей по одной.

Рядом помещается биллиардная для штатных больных. Эта комната в 2 окна с 1 форточкою, длиной в 3 саж., шириной в 2,4 саж., имеет площадь в 7,2 кв. саж., вместимость 12,81 куб. саж. печей и дверей по 1.

Далее палата на 12 кроватей, длиной в 3,33 саж., шириной в 3 саж., площадь в 9,99 саж., вместимость в 17,78 куб. саж.: по числу живущих 12 человек приходится по 0,83 кв. саж. площади и по 1,48 куб. саж. вместимости на каждого. Окон 3 с 2 форточками, со световой поверхностью в 85,68 кв. фут. (17% площади пола), печь 1, дверей 2. Точно такая же по размерам палата находится напротив, через коридор, и тоже на 12 кроватей.

Рядом с этой и напротив биллиардной имеется одна палата на 6 штатных кроватей, по размерам совершенно равная биллиардной комнате; по числу больных здесь приходится по 1,2 кв. саж. площади и по 2,13 куб. саж. вместимости; световая поверхность окон в 57,12 кв. фут. (16% площади пола).

В конце этого крыла имеется 1 комната, длиной в 1,12 саж., шириной в 1,41 саж., площадь равняется 4,11 кв. саж., вместимость 7,81 куб. саж. Число окон 2, со световой поверхностью в 57,12 кв. фут. (28% площади пола), форточка 1, печь 1, дверь 1, больных помещается 2, следовательно, на каждого приходится по 2,05 кв. саж. площади и по 3,65 куб. саж. вместимости. За этой комнатой — клозет и кладовая для вещей больных. Они представляют собой помещения в одно окно с форточкою, площадью 4,0 кв. саж., вместимостью 7,12 куб. саж., 1 печь и 1 дверь.

I женское отделение спокойных больных штатных и пансионерок, в общем, представляет совершенно те же размеры, как и мужское, и различе-

ствует лишь несколько во внутреннем распределении комнат. Так, в женском отделении нет библиотеки, а потому комнат для одного больного 11, а не 10, как на мужском, нет биллиардной, но есть две гостиные.

В гостиной для пансионерок находятся рояль, мягкая мебель, диван, кресла, столы и столики для рукоделия. (Рояль есть и на мужском отделении, но он помещается в светлой части поперечного коридора у окна.)

Все отдельные комнаты имеют совершенно те же размеры, как и на мужской половине. Комнат для дневного пребывания тоже 4, площадь и вместимость их очень немногим больше, чем на мужском. Общие палаты заключают большее число кроватей; так, первая общая палата налево от входа длиной в 3 саж., шириной в 2,5 саж.; с площадью в 7,5 кв. саж., со вместимостью в 13,35 куб. саж.; по числу больных, от 4 до 6 человек, приходится по 1,8 кв. саж. площади и по 3,34 куб. саж. вместимости на каждого; печи нет, 2 окна с 1 форточкою, световая поверхность в 57,19 кв. фут. (15% площади пола); эта комната предназначена также для пансионерок.

Вторая общая палата — в крыле здания, где помещаются штатные больные, длиной в 3 саж. и шириной в 2,16 саж., с площадью в 6,46 кв. саж., вместимостью в 11,53 куб. саж. По числу больных — 6 человек — приходится по 1,8 кв. саж. площади и по 1,92 куб. саж. вместимости на каждого; окон 2, световая поверхность в 57,12 кв. фут. (18% площади пола). Точно такого же размера палата, тоже на 6 больных, на другой стороне коридора, рядом с большой палатой. Против ватерклозета находится такого же размера и для тех же целей кладовая отделения; около кладовой, в проходе, помещается рукомойник с проведенной водой и краном.

Большая палата на 12 кроватей имеет в длину 3,5 саж., в ширину 3 саж.; площадь ее 10,5 кв. саж., вместимость 18,69 куб. саж., на каждого больного приходится по 0,87 кв. саж. площади и по 1,55 куб. саж. вместимости; окон 3, форточка 1, световая поверхность в 85,68 кв. фут. (16% площади пола), печь 1, дверь тоже 1. Наконец, здесь, как на мужском отделении, имеется такой же буфет и ванна.

В передних частях обоих крыльев здания, как уже сказано выше, расположены квартиры служащих. Так, в правом крыле имеется квартира надзирательницы, состоящая из 2 комнат и небольшого темного помещения для кухни с плитою, длина всего помещения 3 саж., ширина 3 саж., площадь 9 кв. саж., вместимость 16,0 куб. саж.; окон 3, общая световая поверхность 85,68 кв. фут. (19% площади пола). Печь, кроме плиты, 1, форточек 2, дверь из помещения в отделение 1, число живущих 1.

Далее находится квартира ординатора, состоящая из 4 комнат, кухни и коридора; площадь всего помещения врача, без коридора, 28,77 кв. саж., вместимость же 59,19 куб. саж.; по числу живущих, 8 человек, приходится

на каждого по 3,59 кв. саж. площади и по 7,39 куб. саж. вместимости; окон в квартире 10, с 4 форточками, при световой поверхности в 285,60 кв. фут. (20% площади пола), печей 4, дверей 8.

Рядом находится помещение архива из 2 комнат: первая в 2 окна с форточкой, другая в 1 окно, тоже с форточкой; общая площадь этого помещения 10,29 кв. саж., вместимость 18,31 куб. саж.; эти две комнаты сообщаются между собою; печь 1, вход в архив с лестницы.

В левом крыле находится квартира главного доктора, занимающая всю переднюю половину левого крыла. Она состоит из 7 комнат, кухни и кладовой, с общей площадью, без коридора, в 57,85 кв. саж., вместимостью в 85,11 куб. саж., тоже без коридора; по числу живущих, 10 человек, придется по 5,78 кв. саж. площади и по 8,51 куб. саж. вместимости на каждого; окон в квартире 17, со световой поверхностью в 485,52 кв. фут. (17% площади пола). В каждой комнате по форточке. Печей 6 и 1 плитный очаг, 1 водопроводный кран и раковина.

В третьем этаже помешаются II женское и II мужское отделения штатных спокойных и полуспокойных больных. Пространство эти отделения занимают то же самое, что и отделения второго этажа. Во II женском, так же как и в I женском, находится квартира надзирательницы этого отделения. Во II мужском тоже есть квартира надзирателя, чего нет на I мужском отделении. Над квартирой главного доктора помещается квартира смотрителя больницы и занимает то же количество квадратных сажень площади и отличается только внутренним разделением комнат; а над помещением старшего ординатора женского отделения находится квартира другого старшего ординатора; помещение над архивом отведено под квартиру младшего ординатора. Помещения третьего этажа ниже второго; расстояние от пола до потолка 1,58 саж., коридоры сводчатые и ниже комнат на 5 вершков. Окна меньше, так что световая поверхность каждого окна в футах равняется 21,42 кв. фут. Квартир в третьем этаже 5, отделений 2, наружных входов 7, лестниц 7, коридоров, как и внизу, 3. Ватерклозетов 7, число очков в них 9. Число жилых комнат или палат 57, нежилых 30; общее число окон в этаже 136, общая квадрат. площадь их 2913,12 кв. фут.; число форточек 86, площадь каждой 3,41 кв. фут., площадь всех — 293,26 кв. фут.; число печей 61, каминов 5, плитных очагов 6, водопроводных кранов 6 и 6 раковин для них, по 1 пожарному крану в каждом отделении. Ванн 2 на женском и 4 на мужском отделении, с кранами для горячей и холодной воды.

Кубическая вместимость помещений 3-го этажа следующая:

Коридоров	152,03 куб. саж.
Лестниц и входов	74,49 куб. саж.
Ватерклозетов	32,86 куб. саж.
Больничных палат	272,15 куб. саж.

Помещений служебного персонала	216,98 куб. саж.
Помещений, не занимаемых людьми	179,31 куб. саж.
Число кроватей	120 шт.
Число живущего служебного персонала	14 человек.

Вторые отделения отличаются от первых тем, что имеют больше общих помещений, так как больные преимущественно штатные, помещаются в общих палатах; число больных тоже больше, сравнительно с первыми отделениями. Так, во втором женском отделении 55 кроватей, во втором мужском 70 кроватей. Малых палат 9, в них большей частью по 2 кровати для помещения 2 больных. Число больших палат 7, кроватей в них: в самой большой 12 и в самой малой 4. Общая площадь спален второго женского отделения равняется 80,97 кв. саж. (малых 29,97 кв. саж., больших 51,00 кв. саж.); кубическая вместимость 127,93 куб. саж. По числу помещающихся больных в меньших палатах приходится по 1,87 кв. саж. площади и по 2,95 куб. саж. вместимости на каждого больного; в больших палатах по 1,27 кв. саж. площади и по 2,015 куб. саж. вместимости на одного. Меньшие палаты все в одно окно с форточкою, световая поверхность окон равняется 192,78 кв. фут. (13% площади пола). Большие палаты имеют 15 окон, с 7 форточками в них, световая поверхность в 321,30 кв. фут. (13% площади пола).

Для дневного пребывания предназначены две комнаты: столовая и комната для занятий больных. Меблировка этих комнат состоит из двух шкафов, двух кожаных диванов, нескольких столов, длинных скамеек и табуретов; в комнате для занятий больные работают, шьют, а в приемные дни принимают родных и знакомых. Площадь этих двух комнат составляет 21,96 кв. саж., объем 34,68 куб. саж. Окон 6, форточек 4, со световой поверхностью в 128,52 кв. фут. (12% площади пола); печей 4, камин 1. Сверх того, в буфетной имеется 1 плитный очаг, водопроводных кранов и раковин 2, умывальник и над ваннами по 2 крана. Печей в спальнях 13. Комнаты большею частью имеют дверь в коридор; 5 же комнат сообщаются с коридором посредством рядом находящейся палаты. Квартира надзирательницы совершенно такая же, как и внизу у надзирательницы первого отделения. Квартиры двух врачей занимают такое же помещение, как внизу квартира врача и помещение архива, вместе взятые.

На II мужском отделении то же самое, что и на женском, разница только в том, что там 2 ванные комнаты с 4 ваннами, и что в этом отделении квартира надзирателя находится на правой стороне в левой боковой части и, будучи по размеру равною помещению надзирательницы, на столько же уменьшает поместительность отделения для больных. Во всем остальном это отделение тождественно с женским вторым. Пространство, занятое внизу церковью, в третьем этаже представляется в виде хор, занимающих боковые части и средний выступ.

Площадь, занимаемая церковью, равняется 14,40 кв. саж., вместимость 23,56 куб. саж.; хоры с площадью 13 кв. саж., вместимость 20,54 куб. саж. Отопление II мужского отделения водяное, по системе инженера Флавицкого.

Четвертый этаж, как и другие, с площадки главной лестницы направо предназначен для женщин, а налево для мужчин, и заключает в себе так называемые III мужское и III женское отделения буйных, беспокойных и неопрятных больных. Квартира в этом этаже только 1, надзирателя третьего мужского отделения. Наружных входов 7, лестниц 7, ватерклозетов 5, общее число очков в них 9; жилых комнат 59, нежилых 39, высота этажа от пола до потолка меньшая, нежели в других этажах, — 1,25 саж. Число окон 132, световая поверхность их 2331,12 кв. фут., форточек 95, с площадью в 310,37 кв. фут.; печей 37; ванн 8, кранов над ними 16, кранов над раковинами 6, 2 медных рукомойника. Каминов 6, плитных очагов 3. Водяное отопление левой и правой боковых частей, с вентиляцией инженера Флавицкого.

Кубическая вместимость отдельных помещений распределяется в этом этаже следующим образом:

Коридоров	122,19 куб. саж.
Лестниц и входов	58,83 куб. саж.
Ватерклозетов	17,15 куб. саж.
Палат	194,26 куб. саж.
Помещений нежилых	177,4 куб. саж.
Помещений больничного персонала	12,07 куб. саж.
Число кроватей	121 шт.
Число живущего персонала	7 человек.

В четвертом этаже больше одиночных комнат, сравнительно с другими, потому что отделение, предназначенное для беспокойных и буйных больных, требует содержания очень многих больных отдельно от других. Так, в отделениях буйных больных, которые занимают среднюю часть здания, по обе стороны парадной лестницы, имеется по 14 одиночных комнат и только по 1 общей комнате для дневного пребывания некоторых из них, причем она же служит и столовой для них. Общая площадь одиночных комнат в каждом отделении равняется 46,47 кв. саж., вместимость их, при высоте 1,25 саж., 58,20 куб. саж., по числу помещаемых 14 больных на каждого придется по 3,32 кв. саж. площади и по 4,16 куб. саж. вместимости. Окон 13, световая поверхность их 229,58 кв. фут. (10% площади пола), печей 12, дверей 15.

Из этих 14 отдельных помещений на каждом отделении 1 комната освещается сверху, окном в потолке, световая поверхность которого в 17,66 кв. фут. (17% площади). Столовая занимает площадь в 10,98 кв. саж., вместимость в 13,72 куб. саж., окон в ней 3, со световой поверхностью

в 52,98 кв. фут. (10% площади пола), форточек 2, в окнах мелкая решетчатая рама, вставленная изнутри, чтобы больные не могли бить стекла и тем себя ранить; 1 печь, 1 дверь.

Помещение, соответственное занятому внизу церковью и хорами, занято здесь в боковых частях кладовыми и имеет площадь 13 кв. саж., вместимость 16,25 куб. саж.

В отделениях для буйных находятся еще по 1 комнате в женском и мужском, с 2 ваннами; площадь каждой комнаты равна 7,23 кв. саж., вместимость 9,03 куб. саж.; в каждой по два окна, 1 форточке и 1 печи с котлом для согревания воды.

Боковые части этажа, занятые беспокойными и неопрятными больными, имеют общие отдельные палаты, комнаты для дневного пребывания, ванную комнату, буфетную с плитой, как и в других отделениях, и умывальник. Отопление этих отделений водяное. Для дневного пребывания отведены 3 комнаты: 2 столовых и 1 приемная; площадь, ими занимаемая, равняется 19,93 кв. саж., вместимость 24,03 куб. саж. Окон 7, со световой поверхностью в 123,67 кв. фут. (13% площади пола). Отдельных помещений или малых палат 5, площадь их — 16,65 кв. саж., вместимость — 20,16 куб. саж. Число больных 9, на каждого приходится по 1,86 кв. саж. площади и по 2,24 куб. саж. вместимости. Общих или больших палат 6, площадь их 42,48 кв. саж., вместимость — 53,83 куб. саж., по числу помещенных 42 больных на каждого приходится по 1,11 кв. саж. площади и по 1,30 куб. саж. вместимости. Окон 14, с световой поверхностью в 247,24 кв. фут. (11% площади пола), форточек 11, дверей тоже 11.

Различие между мужским отделением и женским состоит только в том, что в мужском еще помещается квартира надзирателя, совершенно одинаковая и равная по размерам с квартирою надзирателя II отделения и находящаяся над этой последней, чего на женском отделении нет, почему последнее несколько поместительнее.

Все здание главного корпуса по отношению к странам света расположено так, что фасад направлен к С. С. З., перпендикуляр к фасаду образует с линией, идущей на север, почти 23° к З., и таким образом, помещения больных, по отношению к солнечной стороне, в этом здании наилучшие.

Каменный флигель (№ II) представляет здание в два этажа, длина его 32 саж., ширина 8,66 саж., площадь 277,12 кв. саж., два выступа, каждый длиною 8 саж., шириной 1,63 саж., площадь обоих 29,23 кв. саж., высота 4,42 пог. саж., объем 1354,29 куб. саж. Здание флигеля расположено параллельно средней части главного корпуса. Окна его с одной стороны выходят в сад, а с другой обращены во двор.

В первом этаже находятся помещение больничной кухни, артельной кухни для больничной прислуги и кладовые при кухнях, и помещения для некоторых служащих. Выходов на первом этаже 4, лестниц 3, коридоров 4,

ватерклозетов нет, а есть обыкновенные люки, их 2 с 5 очками, печей 15; окон 42, форточек 29, в 2,62 кв. фут. каждая, с 75,95 кв. фут. общей световой площади. Высота этажа от пола до потолка 2,16 саж.

Вместимость помещений первого этажа следующая:

Коридоров	21,31 куб. саж.
Лестниц и входов	34,07 куб. саж.
Ретирад	10,14 куб. саж.
Помещений служителей	206,19 куб. саж.
Помещений нежилых	152,51 куб. саж.
Число живущих	72 человека.

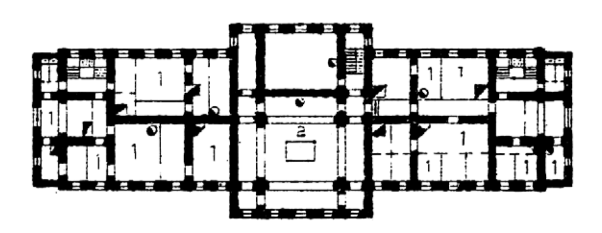
С левой стороны этого этажа имеется посредине коридор, а по бокам — помещения больничной прислуги, числом 11, из которых 2 имеют по 2 окна, а 9 по одному. Здесь живут, главным образом, семейные служители, а потому каждое такое помещение разделено еще перегородками; число лиц в каждом таком помещении от 3 до 4, а иногда и более. Площадь 9 помещений малых равняется 32,50 кв. саж., 2 больших помещений —14,90 кв. саж.; вместимость 2 больших помещений равняется 32,19 куб. саж., 9 малых 70,25 куб. саж. По числу живущих в малых помещениях 26 приходится по 1,25 кв. саж. площади и по 2,70 куб. саж. вместимости на человека. В больших же помещениях, по числу 10 живущих, приходится по 1,49 кв. саж. и по 3,21 куб. саж. на человека. Число окон в этих 11 помещениях 13, световая поверхность их равняется 398,06 кв. фут. (17% площади пола). Каждая комната имеет по 1 форточке, по 1 печке и по 1 двери в коридор. Центральную часть флигеля, во всю его ширину, занимают 2 кухни и кладовая при них. Артельная кухня — большая комната в 3 окна, со световой поверхностью в 91,86 кв. фут.; форточка 1, дверей 2; площадь кухни 14,76 кв. саж.; вместимость ее 31,89 куб. саж. В ней находятся 1 плита и 1 русская печь.

Главная больничная кухня занимает площадь в 38,56 кв. саж., вместимость ее — 82,93 куб. саж. Окон 4, с общей световой поверхностью в 122,48 кв. фут., форточек 2, печей 2, дверей 3. Посреди кухни находится большая плита с вмазанными котлами для приготовления пищи; около окон и по стенам находятся длинные кухонные столы для отпуска пищи. К кухне примыкает кладовая, очень небольшая комната в 2 окна, площадь ее 4,02 кв. саж., вместимость 8,69 куб. саж., в ней помещаются весы для взвешивания мяса при его приеме дежурным врачом. Кроме того, в этой же кладовой хранятся мука, крупа и прочие припасы, закупаемые в небольшом количестве.

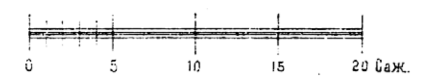
По другую сторону от кухни, т. е. с правой стороны флигеля, находятся помещения для прислуги, тех же размеров и того же числа, как и с левой стороны. По обоим концам здания, у выходов, находятся лестницы, ведущие во второй этаж.

Кухонный флигель.
(По генеральному плану II.)

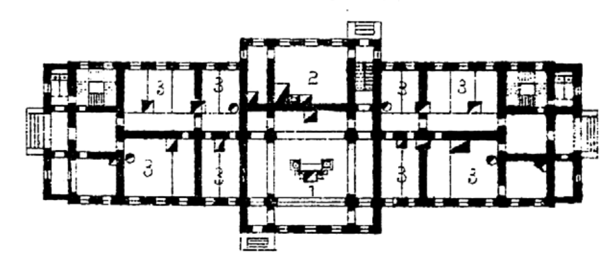
Планъ 2го этажа.



Объясненіе:
1. Квартиры для служащихъ.
2. Сушильня.



Планъ 1го этажа.



Объясненіе:
1. Больничная кухня.
2. Кухня прислуги.
3. Квартиры служащихъ.

Во втором этаже выходов 3, лестницы тоже 3, коридоров 3, люков 2, число очков 4. Высота от пола до потолка 1,25 саж.; число окон 45, форточек 23 — по размерам составляют 50,34 кв. фут.; печей 17; квартир 8, нежилое помещение 1.

Вместимость помещений второго этажа флигеля следующая:

Коридоров	9,71 куб. саж.
Лестниц и входов	19,70 куб. саж.
Ретирад	5,86 куб. саж.
Помещений жилых	145,63 куб. саж.
нежилых	56 куб. саж.
Число живущих	49 человек.

В левой стороне флигеля имеется квартира письмоводителя, состоящая из 4 комнат, с 5 окнами в них и 4 форточками; световая поверхность — 80,85 кв. фут. (8% площади пола). Площадь всей квартиры — 20,52 кв. саж., вместимость — 25,63 куб. саж.; по числу 4 живущих, на каждого приходится по 5,13 кв. саж. площади и по 6,40 куб. саж. вместимости; в каждой комнате по 1 печи, дверей 7.

Квартира эконома состоит из 4 комнат и кухни, с 6 окнами, световая поверхность которых равняется 97,02 кв. фут., с 4 форточками; площадь всей квартиры 28,72 кв. саж., вместимость 35,80 куб. саж., живущих — 7 человек, на каждого приходится по 4,1 кв. саж. площади и по 5,12 куб. саж. вместимости. Печей 5, плита 1, дверей 6.

Рядом находится квартира писца в 2 комнаты, с 2 окнами, 1 форточкою, 2 печами и 3 дверьми; площадь ее 5,47 кв. саж., вместимость 6,83 куб. саж.; живущих двое, на каждого приходится по 2,73 кв. саж. и по 3,41 куб. саж.

В средней части 2-го этажа находятся помещения прачек и истопника, занимающие площадь в 25,65 кв. саж., вместимость их — 32,6 куб. саж.; по числу живущих 15 человек приходится по 1,71 кв. саж. площади и до 2,17 куб. саж. вместимости на человека. Окон 7, с световой поверхностью в 113,19 кв. фут.; каждое помещение имеет 1 форточку; печей 2, дверей 5. Напротив находится помещение для сушки больничного белья: большая комната в 5 окон, с световою поверхностью в 80,85 кв. фут., 3 форточки, 2 печи; площадь равняется 37,17 кв. саж., вместимость — 46,47 куб. саж.; дверей 3. В правой стороне этого же этажа имеются:

Квартира вахтёра, площадью в 6,19 кв. саж., вместимостью в 7,73 куб. саж., по числу живущих, 5 человек, приходится по 1,23 кв. саж. площади и по 1,55 куб. саж. вместимости на каждого; окон 2, световая поверхность равняется 32,34 кв. фут., печь 1, дверей 2.

Квартира фельдшера: 2 комнаты в 3 окна, 1 форточка; площадь в 9,57 кв. саж., вместимость 11,95 куб. саж.; живущих четверо, на каждого приходится по 2,39 кв. саж. площади и по 2,99 куб. саж. вместимости; печей 2, дверей 3.

Далее находятся помещения еще некоторых лиц из числа прислуги при конторе, аптеке и т. п. По площади они занимают 32,18 кв. саж., вместимость их — 36,47 куб. саж. Число окон 7, световая поверхность их равняется

113,19 кв. фут., форточек 4, печей 3, дверей 4; число живущих 12, на каждого приходится по 2,51 кв. саж. площади и по 3,08 куб. саж. вместимости.

Возле этого флигеля находится еще каменное здание ледника (X), построенное в 1874 году. Длина этого здания 3,66 саж., ширина 3,25 саж., высота от горизонта земли до крыши 1,33 саж., глубина от горизонта земли до поверхности пола в подвале 1 саж., площадь всего здания 16,89 кв. саж., кубический объём надземной части 15,81 куб. саж., кубический объем подземной части 11,89 куб. саж., объем всего здания — 27,70 куб. саж.

Это здание имеет 1 наружный вход, 1 лестницу, 2 двери, 6 окон, которые дают 12,18 кв. фут. световой поверхности; оно предназначено для хранения провизии и для помещения льда; площадь этих 2 помещений 7,5 кв. саж. и вместимость 1-го 7,5 куб. саж., объем же для помещения льда равняется 4,95 куб. саж. Но на опыте оказалось, что лед в этом леднике тает очень быстро и летом его уже в нем не бывает. Кроме этого ледника при больнице имеются еще два других.

Деревянный большой сарай, обозначенный на плане цифрою V. В нем помещаются 2 конюшни на 7 стойл, 3 каретных сарая, 2 кладовых и два ледника вместимостью в 44 куб. саж. Общая длина всего здания 28,33 саж., ширина 4 саж. и высота 1,9 саж., отсюда площадь его равняется 113,32 кв. саж., а объём 215,3 куб. саж.

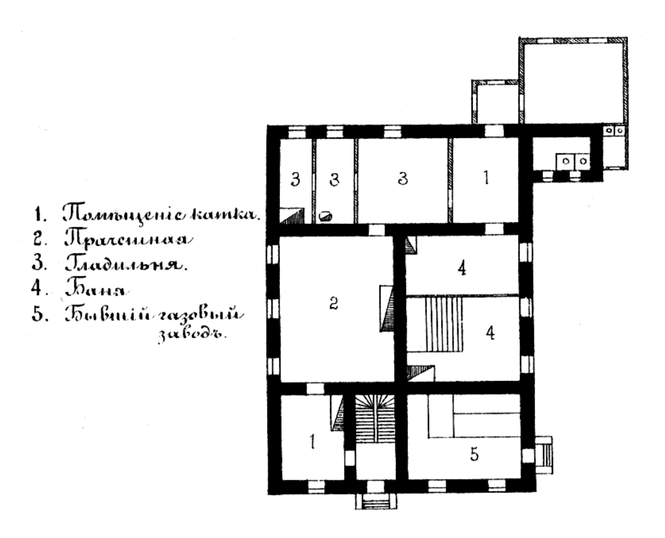
Здание, обозначенное на генеральном плане цифрой III, заключает в себе прачечную и баню; тут же отведено небольшое помещение для бывшего нефтегазового завода и некоторые другие помещения. Это здание имеет в длину 11,50 саж., в ширину 8 саж., площадь — 92 кв. саж. и, при высоте в 3,78 саж., общая его вместимость — 347,76 куб. саж. Кроме того, в разных концах имеются выступы и пристройки, которые в общем увеличивают площадь всего здания на 16,16 кв. саж. и объем — на 41,26 куб. саж. В этом здании имеются 7 нежилых помещений и 2 жилых; 4 входа, 1 лестница, отхожих мест 2, с 4 очками. Окон 18, световая поверхность их 457,26 кв. фут., форточек 9, печей 6, кухонный очаг — 1, водопроводных кранов — 8.

Прачечная и помещение для катка занимают площадь в 21,63 кв. саж. и, при высоте в 2,81 саж., имеют вместимость в 61,42 куб. саж.; окон в этих двух помещениях 4, с световой поверхностью в 129,48 кв. фут., форточек — 3, печей — 2, дверей — 4.

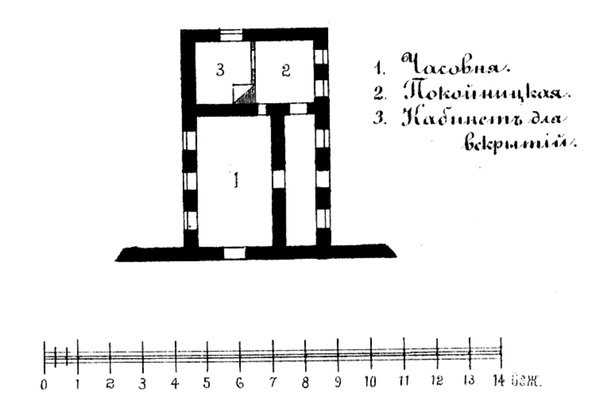
В 1874 году устроена в помещении прачечной вентиляция посредством калорифера, который доставляет сухой воздух для поглощения пара, с воздухоприемником и канализацией для провода наружного воздуха.

В другой стороне этого здания помещается баня для больных. Она занимает три отдельных помещения, общая площадь которых 29,61 кв. саж. и вместимость 84,19 куб. саж. Окон — 4, с световой поверхностью в 129,48 кв. фут., форточек — 3, печей — 2, дверей — 8.

Баня и прачешная.
(По генеральному плану III.)



Часовня и покойницкая.
(По генеральному плану IV.)



В этом здании помещаются еще квартира служителя при бане и бывший газовый завод. Первая, состоя из двух комнат, занимает площадь в 5,37 кв. саж., вместимость ее — 15,25 куб. саж.; окон —2, световая их поверхность — 64,74 кв. фут., форточка — 1, печей — 2, дверей — 3. Площадь помещения газового завода, вместе с помещением газометра, имеет 17,15 кв. саж., вместимость — 48,71 куб. саж. Окон 5, с световой поверх-

ностью в 114,15 кв. фут., форточек 2, дверей 2. В здании, обозначенном на плане под № IV, находится часовня для отпевания и кабинет для вскрытия трупов. В этом здании никто не живет. Длина его 7 саж., ширина 4,33 саж., высота наибольшая 2,33 и наименьшая 1,78 кв. саж., площадь 30,31 кв. саж., объем 61,22 куб. саж. Наружных входов 2, коридор 1, отдельных помещений 4. Число окон 8, общая их световая поверхность — 150,04 кв. фут., форточек 5, печь 1, дверей 9.

Часовня занимает площадь 13,22 кв. саж. вместимостью 29,79 куб. саж. Кабинет для вскрытий имеет площадь в 6,75 кв. саж. и вместимость — 8,44 куб. саж. В нем установлен стол с мраморной доской и проведена вода.

Обмывание и обряжение умерших производится в соседнем с кабинетом помещении. Трупы оставляются в часовне сутки и более, смотря по обстоятельствам.

На другой половине больничного участка, вне каменной ограды, находятся следующие здания:

Два деревянных барака, обозначенные на плане один под № VII и другой под № VIII. В последние годы они только летом занимались больными, переводимыми сюда на время ремонта главного здания.

Первый барак (VII) — мужской — имеет в длину 30 саж., в ширину 5,92 саж., отсюда площадь —177,6 кв. саж., но с выступами общая площадь этого барака равняется 185,6 кв. саж., высота его от земли до крыши 2,12 саж., кубический объём 393,47 куб. саж.

Второй барак (VIII) — женский — имеет в своей главной части в длину 30,66 саж., в ширину 6,16 саж., следовательно, площадь — 188,86 кв. саж.; но с пристройками и выступами общая площадь барака равняется 242,13 кв. саж., и при высоте в 1,84 саж. кубический объем его — 445,52 куб. саж.

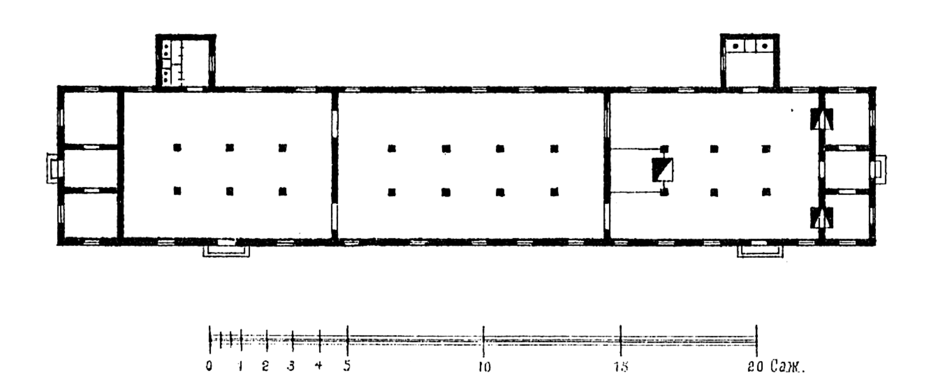
Оба здания очень ветхи и одно из них уже давно было предназначено к капитальному ремонту, к которому, однако, в виду постоянно ожидавшегося перехода больницы в ведение города не приступали.

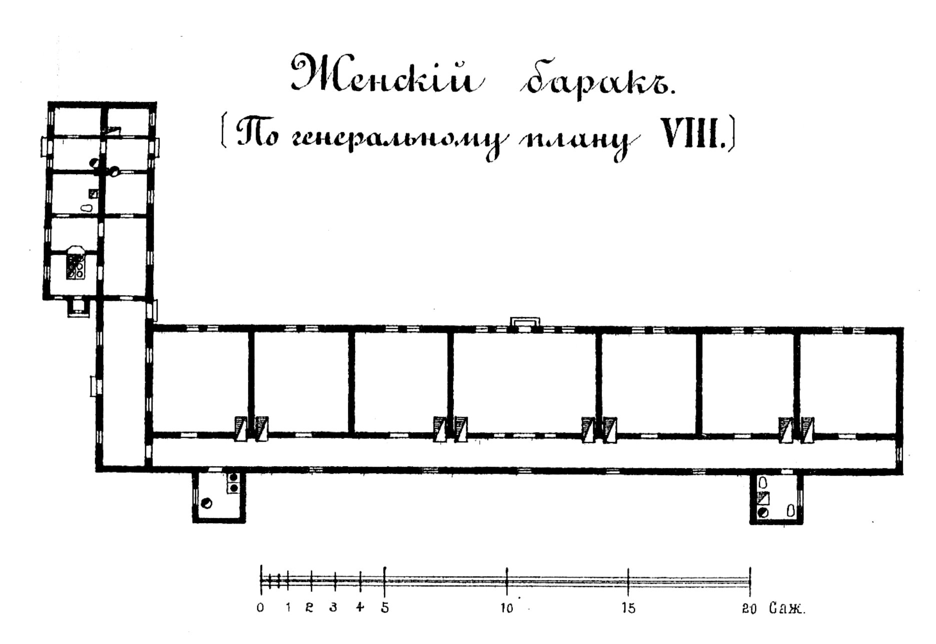
Во дворе, около бараков, находятся еще два ветхих деревянных сарая (VI и IX) для склада разных больничных вещей и для помещения кокса и деревянные постройки оранжереи (XI), из которых одна половина теплая. Все эти здания очень ветхи.

Для лучшего обзора всех зданий больницы может служить нижеследующая таблица, в которой, отдельно о каждом здании, показаны число этажей, год постройки или капитального ремонта, его размеры в саженях линейных, квадратных и кубических, а также число окон, печей и водопроводных кранов.

Все здания больницы страховались в С.-петербургском городском обществе взаимного от огня страхования, учрежденном в 1865 году, и по оценке на 1884 год главное здание с флигелем было принято на страх в 331 760 руб.

Мужской баракъ.
(По генеральному плану VII.)





с платежом страховой премии в сумме 476 руб. 84 коп., и летние помещения больницы в 41 393 руб., с премией в 241 руб. 65 коп., а всего 718 руб. 40 коп.

Штат личного состава служащих при больнице с течением времени изменялся сообразно текущим переменам в ней, но в общем изменения эти состояли как в постепенном увеличении числа служащих лиц, так и в возвышении их окладов, в виде назначения к выдаче различного рода добавочных сумм.

Нумер в генеральном плане	Название здания	Число этажей	Год постройки или капитального ремонта	Наружные размеры[1]					Число окон	Число печей	Число каминов	Число кух. очагов	Число вод. кранов
				Длина	Ширина	Высота	Площадь	Объем					
I	Главный корпус:	4	1839			8,33	874,91	7287,95	530	235	17	34	50
	по фасаду			50	9,5								
	в 4 выступ.			38	8,33								
	проч. части			14	6								
II	Каменный флигель:	2	1841			4,42	306,40	1354,29	87	32	–	17	7
	по фасаду			32	8,66								
	в 2 выступ.			16	1,83								
III	Прачечный флигель	1	1856	11,50	8	3,78	92	347,76	18	6	–	1	8
IV	Часовня и покойницкая	1	1874	7	4,33	2,02	30,31	61,22	8	1	–	–	2
V	Деревянный сарай	1	1849	28,33	4	1,9	113,32	215,30	–	–	–	–	–
VI	Деревянный сарай	1	1849	6	3	1,96	18	35,28	–	–	–	–	–
VII	Барак мужской	1	1862	30	6,19	2,12	185,60	393,47	31	4	1	–	1
VIII	Барак женский	1	1862	39,3	6,16	1,84	242,18	445,52	40	26	–	1	2
IX	Деревянный сарай	1	1849	11,58	2,86	1,41	33,11	46,68	6	–	–	–	–
X	Каменный ледник	1	1874	3,66	3,25	2,33	11,89	27,70	6	–	–	–	–
	Итого	–	–	–	–	–	1907,67	10 215,17	726	304	18	53	70

Каменные и деревянные службы	290,16
Всего под постройками	2197,83

[1] Некоторые из показанных в таблице зданий имеют пристройки, вследствие которых длина и ширина одного и того же здания в различных его частях получается различная. Поэтому для определения точных размеров такого здания необходимо разбивать его на части и для каждой давать отдельные размеры; но так как помещение всех таких цифр только бы испещрило ее, без всякой пользы, а помещение одной наибольшей длины или ширины дало бы неверное понятие о площади и объеме здания, то для устранения этого во всех таких случаях в таблице даны средние цифры длины и ширины с таким расчетом, чтобы общая площадь и общий объем, получаемые на основании данных цифр, соответствовали действительной площади и объему здания.

Таким образом, в 1884 году, ко времени передачи больницы в ведение городского общественного управления, персонал больницы и расходы на его содержание были следующие:

Наименование должностей[1]	Число лиц	Содержание всем (в руб.)	Итого (в руб.)
Медицинский персонал			
Старший врач	1	1800	6000
Штатных ординаторов	3	3000	
Сверхштатных ординаторов	3*	1200	
Персонал по уходу за больными			
Надзирателей	4	1200	15 624
Надзирательниц	4	1200	
Фельдшеров и фельдшериц	4	874	
Палатной прислуги: мужской	47	6822	
женской	40	5528	
Хозяйственно-административный персонал			
Смотритель	1	1800	15 065
Помощник его (эконом)	1	600	
Письмоводитель и бухгалтер	1	800	
Помощник его	1	420	
Писцов	2	506	
Священник	1	632	
Причетник	1	192	
Кастелянша	1	360	
Учителя гимнастики	2	300	
Швейцар	1	238	
Помощник его	1	136	
Вахтёров	3	470	
Сторожей: при конторе и церкви,	2	288	
при кабинете врачей, часовне и прачечной	3	408	
Рассыльных	2	284	
Часовых: у парадных ворот	3	408	
У задних ворот	2	248	
В коридорах	4	496	
При кухне: повар, квасник, кухонные мужики	5	1074	
Кучер	1	200	
Садовник и его помощник	2	384	
Швей	4	485	
Столяр, машинист и надзиратель при работах	3	780	
Прачек, в т. ч. 1 старшая	15	1680	
Чернорабочих, дворников и др.	15	1876	
ВСЕГО:	193		36 689

[1] Из трех сверхштатных ординаторов двое получали по 600 руб. — один при условии исполнения обязанностей секретаря конференции, а другой — в случае сверхкомплекта больных.

Управление больницей, находясь под общим ведением Попечительного совета, через попечителя, сосредоточивалось в конторе. Члены конторы — старший врач и смотритель. В ведении конторы состояли прочие лица. Кроме того, при больнице была учреждена конференция больничных врачей под председательством старшего врача — в ней рассматривались как научные вопросы, так и иные, до нужд и пользы больных относящиеся. Постановления конференции имели лишь совещательное значение.

При больнице основано было с 1874 года благотворительное общество, учредителями которого были попечитель и врачи больницы.

Главной целью этого общества ставилось оказывать материальную и нравственную помощь тем из выздоравливающих больных, которые не имеют ни средств, ни родственников, а также помогать и больным, находящимся еще в больнице. Средства общества должны были составляться из членских взносов (10 руб. в год) и из единовременных пожертвований вещами и деньгами от членов и от посторонних благотворителей.

Общество это действовало более или менее удовлетворительно в течение почти 10 лет; за последнее же время оно находится в упадке, так как многие члены выбыли и теперь имеется только капитал в количестве 1055 рублей 60 копеек, из которого до сих пор продолжают помогать некоторым из выходящих из больницы больным бедным.

Аптека. Ввиду того, что фармацевтическое лечение душевнобольных играет относительно меньшую роль сравнительно с другими способами лечения и что лекарств, как само собою понятно, прописывается не особенно много сравнительно с общими больницами, больничная аптека не занимает большого помещения и не имеет особого личного состава, ибо в ней приготовляются только несложные лекарства теми же состоящими при больнице фельдшерами и фельдшерицами, которые вместе с тем исполняют и другие обязанности. Надзор же за правильностью действий по этой части, а равно заведывание всеми медикаментами и материалами, а также медицинскими инструментами, хранящимися при аптеке в отдельном шкафе, возложены на одного из ординаторов.

Издавна этим способом достигалась ежегодная экономия от полагавшихся на медикаменты кредитов, и эта экономия употреблялась на приобретение инструментов, аппаратов или приборов, относящихся к лечению или исследованию больных, а также книг и журналов медицинского содержания. Таким образом, из сумм, отпускавшихся на медикаменты, в 1880 году — 1200 руб. и в 1881 —1260 руб. отчислено на инструменты и на книги и журналы: в 1880 году — 134 руб., а в 1881 — 174 руб.

Больничная кухня и продовольствие больных. Устройство очагов в больничной кухне обыкновенное, больших вмазанных котлов 3, вмещающих 250 порций каждый, и малых для каши 2.

Сверх приготовления в общих котлах, ежедневно приготовляется 50 экстрапорций.

Хлеб ржаной берется из вольной пекарни до 10 пудов ежедневно. Булки доставляются ежедневно утром булочником по контракту.

Квас заваривается на общей кухне раз или 2 раза в неделю; на приготовление одной бочки кваса идет: муки ржаной 2 п. — 10 фут., солоду ржаного 1 п. — 35 фут. и мяты — $1\,^{3}/_{4}$ фут. Квас отпускается больным ежедневно по $^{1}/_{4}$ кружки на каждого; хранится квас зимою в кладовой, а летом в леднике.

Припасы покупались частью хозяйственным образом, по возможности из первых рук, экономом, под надзором и руководством конторы, хранились им в кладовых, а оттуда выдавались вахтеру по кухонной части или прямо на кухню поварам.

В больнице св. Николая Чудотворца продовольствие больных отличается от продовольствия в других больницах, не имеющих специального назначения, как больница для душевнобольных. Здесь нет разделения на порции 1–2–3 и т. д., а все продовольствие распадается на три категории: 1) стол обыденный, для физически здоровых штатных больных, по особому расписанию; 2) такой же стол по другому расписанию для пансионеров и 3) экстрапорции, т. е. собрание таких порций, из которых врачи могут или составлять особый стол для лиц, почему-либо не могущих состоять на общем столе, или же добавить что-нибудь к штатной порции для усиления питания больного.

Распределение кушаний составлялось вперед на месяц или два и, смотря по времени года, было различное, но в общем оно было следующее:

Дни недели	Обед	
	1-е блюдо	2-е блюдо
Воскресенье	Суп с вермишелью или	Жаркое или котлеты
и праздничные дни	какой-нибудь крупой.	и пирог с рисом или кашей.
Понедельник	Суп, щи, борщ или горох.	Каша крутая гречневая или
Среда	Суп	пшенная.
Пятница		Жаркое или котлеты
Суббота		
Вторник		
Четверг		

* На ужин —1-е блюдо от обеда и на 2-е — каша размазня.

Пансионеры получали завтрак из 2 блюд и обед из 3 или 4 блюд и пользовались более разнообразным и отборным составом пищи; смотря по времени года, им давалась разная зелень, дичь, рыба и т. д. Требование на пищу, по указаниям врачей, заведующих отделениями, составлялось накануне надзирателями и надзирательницами каждого отделения, подписывалось дежурным врачом и препровождалось в контору, где производился расчет, сколько чего надо отпустить для удовлетворения требований, и затем пе-

редавалось на кухню. Требование на молоко, на вино и т. п. надобности для слабых больных, не входящее в общее требование на пищу, делалось особо врачом отделения и утверждалось старшим врачом. Сверх того, ежедневно каждый больной штатный получал хлеба ржаного 1 ½ фут. мужчина и 1 ¼ фут. женщина,— по 1 булке белого хлеба в 28 зол. и по ¼ кружке кваса. Пансионеры же получают менее черного хлеба и больше белого и пеклеванного. Наконец, всем дается чай с сахаром и молоком.

Больные обыкновенно встают в 7 часов утра, и затем производится уборка их отделений, а в 8 часов подается чай всем больным. В 12 часов обед для штатных больных по вышеприведенному расписанию и завтрак для пансионеров. Затем, в 4 часа, подают штатным больным чай, а пансионерам обед, и уж позже вечерний чай. Но, кроме того, пансионерам еще подается чай или кофе после завтрака. В 6 часов — ужин штатных. Продовольствие больных обходилось в средних числах: штатного больного в 19 ½ коп. и пансионера от 65 до 70 коп. в сутки.

Надзор и уход за больными в деле призрения и лечения душевнобольных составляет, конечно, весьма важный вопрос. К сожалению, до перехода больницы в заведывание города он находился в состоянии очень далеком от совершенства, и городскому управлению предстояло немедленно принять хотя некоторые меры улучшения, но об этом подробнее будет сказано в другом месте. Здесь же следует отметить, что весь ближайший надзор и уход за больными поручался на каждом особом отделении одному надзирателю или надзирательнице и определенному числу прислуги. При этом на долю каждого надзирателя выпадало от 35 до 50 и более больных, а на каждого служителя или сиделку средним числом около 3 больных. Прислуга при исполнении своих обязанностей разделялась на две смены, из которых одна дежурила, другая же исполняла в это время все работы по уборке больных, их помещений, по доставке пищи и по всем другим требованиям. Занятия эти делались таким образом очень разнообразными и обременительными, особенно при частом ночном дежурстве (через день полночи без сна), и, конечно, возможно было ожидать удовлетворительного их исполнения лишь при соответственном вознаграждении и установлении бдительного надзора за исполнением прислугою ее обязанностей. Между тем из вышеприведенной ведомости видно, что больничная прислуга, средним числом, получала мужская по 12 руб., а женская по 11 ½ руб. в месяц, причем из этой платы у них высчитывалось около 3 руб. в месяц на артельный стол. Один же надзиратель, бессменный в своем отделении, конечно, тоже не в состоянии был за всем усмотреть.

Больничная прачечная, уже выше описанная, имеет 11 лоханок, вдоль стены устроено 5 чугунных котлов с кранами проведенной воды над ними; 2 котла согревают воду для больничной бани, а 3 служат для вываривания белья; около котлов поставлена большая глубокая деревянная лохань для

складки вываренного белья. Около другой стены находится деревянный небольшой бак с краном над ним для полоскания белья. Выжимание производится руками, а потом, после сушки, складывание, катание и глажение, для чего служат 2 катка, 1 каток простой, а другой механический.

Белье сдается надзирателями и надзирательницами по книге кастелянше, под наблюдением и ответственностью которой производится стирка белья ежедневно, кроме праздников. Белье сменяется — постельное 1 раз в неделю, носильное 2 раза и чаще; в отделениях же буйных и неопрятных больных белье меняется ежедневно и даже по несколько раз в день. Вымытое и вычиненное белье возвращается кастеляншею обратно по принадлежности тем же порядком. Общее количество выстиранного белья и израсходованных на стирку материалов в 1880 и 1881 гг. было следующее:

	1880 г.	**1881 г.**
Вымыто:		
белья	4552 пуда	4351 пуд.
халатов и одеял	1870 шт.	1664 шт.
Израсходовано:		
мыла	134 пуд. 14 фут.	126 пуд. 19 фут.
крахмала простого	3 пуд. 12 фут.	3 пуд. 24 фут.
крахмала английского	1 пуд. 15 фут.	1 пуд. 20 фут.
синьки	27 фут.	26 фут.

Собственные вещи поступающих больных, прежде всего, записываются в особую, имеющуюся для этого книгу. Одежда и белье приводятся в возможно чистый вид или отправляются по описи в прачечную и уже чистыми складываются в кладовую до выписки больного; прочие же вещи хранятся в кладовой, а ценные в казенных сундуках. В случае смерти больного и неимения у него родственников узел с его вещами переносится в общий цейхгауз, для дальнейшего с ним поступления по закону.

Вскрытие тел умерших производится в вышеописанной покойницкой тем врачом, на пользовании которого больной находился, по возможности в присутствии главного доктора и ординаторов других отделений. Протоколы всех вскрытий записываются в скорбные о ходе болезни листы. Трупы выносятся в особом для того гробе в виде ящика, на носилках, спустя 6 часов после смерти.

Дезинфекция. Ввиду редкости заразных больных общих мероприятий для дезинфекции не имеется. Для дезинфекции же больничных помещений, главным образом, в отделениях для неопрятных употребляется пульверизация и местное смачивание пола отдельных камер скипидаром. Кроме того, дезинфицируют в случаях более важных карболовою кислотою, нафталином и отчасти сулемой, в виде обмывания; в переносные судна, которые ставят на время в комнаты особенно слабых больных, кроме постоянного выли-

вания содержимого, употреблялась ждановская жидкость. Одежда и постельное белье, так как заразительных больных нет, дезинфицируются простым мытьем в прачечной. Тюфяки для неопрятных набиваются соломой, мокрые выносятся из отделения, солома выбрасывается, а наволока моется. Кушетки и кресла, обитые непромокаемой материей, после загрязнения тотчас же вымываются на месте. Буйное и неопрятное отделение перекрашивается раза два в год; все же прочие отделения один раз, во время летнего ремонта.

3. ИЗМЕНЕНИЯ И УЛУЧШЕНИЯ, ВВЕДЁННЫЕ ГОРОДСКИМ ОБЩЕСТВЕННЫМ УПРАВЛЕНИЕМ

Улучшение продовольствия больных и ухода за ними. — Назначение содержания врачам, не получавшим оного. — Сметные назначения на 1885 г., сравнительно с назначениями на 1881 г. — Влияние учреждения больницы для хронических душевнобольных. — Разные переделки и новые постройки

По принятии больницы от Попечительного совета в ведение городского общественного управления последнее начало с введения некоторых весьма важных улучшений в общем деле больничного призрения. Сначала, конечно, эти меры могли быть лишь самыми общими, и лишь впоследствии, при ближайшем ознакомлении с особенностями каждой отдельной больницы, они уже могли быть в большей или меньшей мере частными для каждой из них.

В этом, так сказать, первом периоде мероприятий бывшей тогда Комиссии общественного здравия было решено увеличить на 25% отпуск денег в 1885 году на продовольствие больных и на усиление вознаграждения лиц низшего персонала по непосредственному уходу и надзору за больными.

При дальнейшем исследовании положения этого дела в разных больницах выяснилось, между прочим, что больница св. Николая Чудотворца уже и раньше имела довольно значительные средства на продовольствие больных (около 20 коп.), между тем как другие больницы имели, сравнительно, очень недостаточный бюджет. Поэтому было найдено более правильным общую прибавку[3] (25%) средств на продовольствие по всем больницам разделить не поровну, а на основании более правильной, соразмерной разверстки. Таким образом, больница св. Николая Чудотворца получила прибавку лишь в 2½ коп.

И действительно, по части пищевого довольствия больница и раньше была обеспечена сравнительно удовлетворительно, и в этом отношении дальнейшие незначительные надбавки для нее не очень существенны.

---

[3] Впрочем, впоследствии, в 1886 году, эта прибавка была найдена лишнею и снята.

Но зато другая мера — увеличение вознаграждения лицам низшего персонала, состоящим непосредственно при больных, — была весьма важна для больницы св. Николая Чудотворца, и бывшая Комиссия общественного здравия отчислила ей на этот предмет полностью 25% надбавки.

Эта надбавка, в связи с принятием во внимание некоторых других, чисто местных больничных условий, дала возможность немедленно сделать существенные улучшения в деле надзора и ухода за больными. Так:

а) надзирателям и надзирательницам увеличено содержание с 300 руб. в год до 360 и трем из них до 420 руб.;
б) в помощь надзирателям и вообще для усиления надзора за низшею прислугою и для улучшения самого ухода за больными был учрежден совершенно новый персонал помощников надзирателей и помощниц надзирательниц, в числе 18 лиц, по три на каждое из 6 отделений. Всем им присвоен оклад жалованья по 18 руб. в месяц, готовое помещение, общее с больными продовольствие, и экипировочные деньги от 15 до 25 руб. в год;
в) усилено жалованье сиделкам и мужской палатной прислуге.

С введением же на каждом отделении по 3 помощника надзирателей, которые обязаны весь день находиться в отделениях, оказалось возможным несколько уменьшить число самой прислуги, а сбережение от этого обратить на возвышение окладов остальных. Таким образом, средняя плата прислуге, состоящей при больных, повышена до 14 руб. в месяц и в отдельных случаях колеблется между 11 и 16 рублями. Все это вместе взятое успело уже обнаружить очевидную пользу, подбор персонала лиц по непосредственному уходу за больными улучшился, и сам уход за больными сделался более тщательным.

Кроме того, Комиссии общественного здравия, вникнув в некоторые детали штата больницы св. Николая Чудотворца, нашла неудобным продолжать прежний порядок в том отношении, что врачи, кроме старшего, разделялись на штатных и сверхштатных, из которых последние, в числе четырех, к этому времени получали жалованье условное, и то не все — (а именно только двое) — в то время как труд их вообще для больницы был необходим и притом ровно между всеми распределенный. Вследствие этого было назначено всем им одинаковое жалованье по 600 руб. в год. С тех пор первые, т. е. бывшие штатные врачи, получали значение как бы старших ординаторов (впрочем, только по большему окладу, а не по роду своих обязанностей или прав), а бывшие сверхштатные — стали младшими ординаторами. Вместе с этим и ввиду открытия больницы св. Пантелеймона, высший надзор за которою, в медицинском отношении, был поручен старшему врачу больницы св. Николая Чудотворца, последний переименован в звание главного доктора обеих больниц.

Весьма важным шагом на пути улучшения дела призрения душевнобольных в Петербурге, принесшим значительную пользу и больнице

св. Николая Чудотворца, было устройство больницы св. Пантелеймона для хроников-умалишенных. Это обстоятельство дало возможность сохранить за больницей св. Николая Чудотворца значение учреждения для лечения, а не для призрения лишь больных, и действительно, движение в больнице за эти оба года значительно увеличилось. Так, в 1885 году их поступило 622 человека, а в 1886 — 659.

Независимо от этих общих мер, за последние два года в очень многих отдельных частях больницы св. Николая Чудотворца сделаны значительные исправления, большинство которых произведено из кредитов 1886 года, когда на капитальный ремонт было отпущено более 25 000 рублей.

Главнейшие из произведенных в этом направлении работ могут быть распределены по следующим группам:

а) Работы, касающиеся до внешнего благоустройства: 1) сделаны новые заборы на заднем дворе, вместо старых развалившихся; поставлен небольшой каменный забор по реке Мойке; 2) между зданиями флигеля и прачечной разбит садик и посажены деревья; 3) окрашен фасад всех каменных корпусов и каменных заборов и 4) исправлена мостовая вокруг здания.

б) Работы, касающиеся общего поддержания зданий: 1) сделаны новые оконные закладные рамы, а также летние и зимние переплеты почти во всем третьем этаже и частично во втором; 2) вся железная крыша капитально перекрыта с добавкой $^{2}/_{3}$ нового железа и вновь выкрашена и 3) баня исправлена и переделана, причем в ней устроен асфальтовый пол.

в) Работы, касающиеся внутреннего приспособления: 1) перестроены 3 комнаты в четвертом этаже для буйных больных, уничтожена мягкая обивка стен и дверей и заменена упругой деревянной, более прочной; сделано приспособление для закрывания окна в потолке с помощью особого щита. Керосиновое освещение этих комнат, неудобное и небезопасное (лампа ставилась наверху, на чердаке), заменено, в виде пробы, электрическим освещением лампами с накаливанием с помощью батареи г. Джевецкого; 2) сделана особая сушильня в отделении для неопрятных в четвертом этаже; 3) квартиры надзирателей 1-го и 2-го мужских отделений переведены в первый этаж; квартиры эти устроены на месте прежних мастерских; прежние же помещения в третьем и четвертом этажах приспособлены для больных; 4) устроены помещения для помощниц надзирательниц во всех трех отделениях и для 9 помощников надзирателей — в первом этаже в левой боковой части главного здания в малой служительской комнате; 5) переделаны и расширены квартиры для четырёх врачей; полы, обои, оконные рамы сделаны в них заново; 6) перенесено со второго этажа в первый помещение архива; 7) гладильня из первого этажа главного здания перенесена и устроена на новом

месте в прачечном флигеле на месте бывшей столярной — для нее отведены две комнаты; 8) перенесена и устроена заново квартира надзирательницы 3-го отделения на часть места бывшей гладильни; 9) остальная часть бывшей гладильни первого этажа предназначена для устройства при больнице лечения водою приходящих больных. Для этого углублен пол на 2 аршина; сделан асфальтовый пол, с понижением в одну сторону для стока воды.

г) Сделаны следующие капитальные перестройки: 1) заново отремонтирован весь большой деревянный корпус, с полным его приспособлением для содержания больных зимою; перестланы полы, углублен фундамент, покрыта крыша и т.д. и 2) выстроена на реке Пряжке новая купальня для больных. В заключение нельзя не указать, что для научно-практических занятий врачей приобретены некоторые инструменты и аппараты, как то выписаны большой микротом и микроскоп с гомогенными системами, приобретены некоторые приборы для антропологических исследований и др.

4. ХАРАКТЕР ДЕЯТЕЛЬНОСТИ БОЛЬНИЦЫ

Назначение больницы. — Движение больных за 19 лет. — Причина незначительного обмена больных в больнице. — Звание поступавших больных. — Об арестантах, поступавших в больницу. — Прием больных в больницу. — Категории поступавших больных по их оседлости или месту жительства. — Поступление больных по месяцам. — Возраст поступавших больных. — Формы психических болезней поступавших больных. — О выписанных из больницы: выздоровевшие, выписанные в улучшенном состоянии здоровья и выписанные без перемен в их болезнях. — Об умерших. — Доходы и расходы больницы за 19 лет, с 1866 по 1884 год

Из исторического очерка возникновения больницы мы видели, что она имела свой особый устав в виде временного о ней положения, которым руководствовалась с 1865 по 1872 год. Когда же временная лечебница была преобразована в постоянную больницу св. Николая Чудотворца, прежнее положение потеряло свое значение, а нового не было издано.

Таким образом, назначение больницы, цель ее учреждения не выяснена каким-либо существующим уставом. Если обратиться к бывшему временному положению, то из вышеприведенных параграфов его следует считать больницу за учреждение для приема всех видов умалишенных, бесплатно и за плату, как лиц, подлежащих лечению, так безразлично и лиц, нуждающихся лишь в богоделенном призрении.

Кроме того, в упомянутом положении было указано, что лечебница назначалась для приема лиц, умственные способности коих должны быть испытуемы. С другой же стороны, если обратиться к действительности, то окажется, что размеры больницы, положение ее в городе, само устрой-

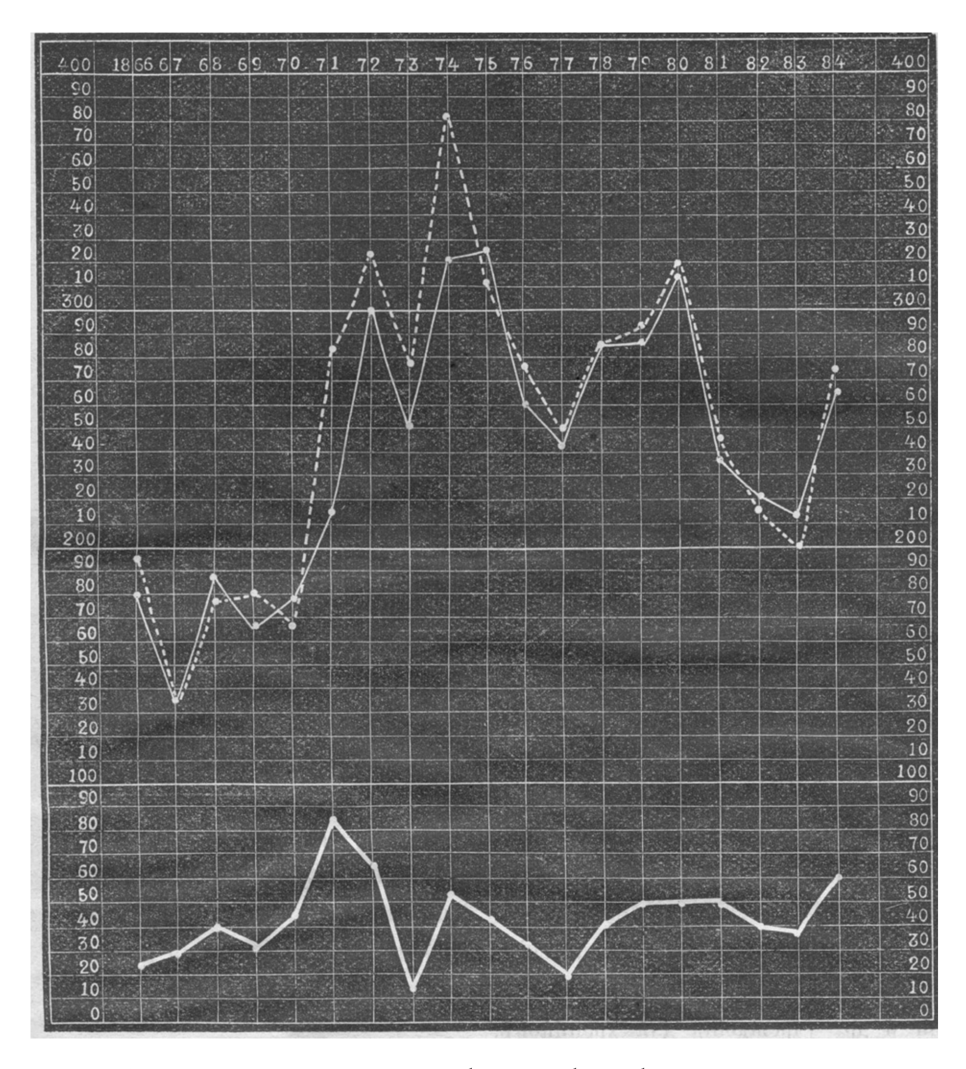
ство ее и штат больничного персонала указывали на то, что лечебница эта долженствовала быть предназначенною, если не исключительно, то по преимуществу, для целей лечебных, и, наоборот, не имела качеств, необходимых для заведений, предназначенных для содержания лиц, подлежащих лишь исключительно или по преимуществу богаделенному призрению. По отношению к испытуемым деятельность больницы показывает, что в течение долгого времени больница действительно служила главным местом, куда направлялись лица, подлежащие испытанию. Мы приведем здесь ряд данных, который объективно покажет деятельность больницы с начала ее существования. При этом мы будем представлять большинство данных, относящихся к периоду времени, начинающемуся с основания временной лечебницы для умалишенных при бывшем Исправительном заведении, т. е. 1 января 1866 года. За более раннее время сведения эти были собираемы и представляемы в отчетах на совершенно иных основаниях, не полны и касаются вообще очень малых чисел. По некоторым же более специальным вопросам, касающимся содержания настоящего отдела, мы ограничимся представлением данных лишь за несколько лет.

Эта таблица может служить материалом для различных выводов, но мы обращаем в данном случае внимание лишь на некоторые ее части. Так, во-первых, эта таблица показывает относительно малый обмен больных. Средним числом в год приходится по 252 вновь поступающих больных. Это объясняется тем обстоятельством, что во всем Петербурге, за весь приведенный период времени, было вообще весьма мало места для душевнобольных, почему всегда было больше нуждающихся в помещении в больницах, чем возможности удовлетворить это требование. Вследствие этого поступление в больницу св. Николая Чудотворца определялось не потребностью в числе мест, а числом освобождающихся мест. Дальше мы увидим, что главною причиною переполнения больницы была недостаточность мест для хронических душевнобольных, куда бы они могли быть выводимы своевременно из лечебницы и через что освобождались бы места для свежезаболевающих и нуждающихся в лечении, и действительно, если мы с этой точки зрения взглянем на приведенную таблицу 1, то увидим, что более значительное поступление больных было всегда или в год открытия большего числа больничных мест в виде увеличения штата больницы, или же когда больнице удавалось перевести более значительное число лиц, обозначенных в рубрике выписанных без перемен, в богадельни, загородную больницу и иные заведения для призрения неизлечимых больных. Если же того или другого обстоятельства не было в течение нескольких лет, то это отражалось немедленно на постепенном накоплении хроников и уменьшении числа вновь поступивших. Для большей наглядности мы приводим таблицу кривых, из которых пунктирная показывает число поступивших в каждый год, а белая верхняя — число ежегодной убыли. Эти кривые идут

Таблица 1. Показывающая движение больных в больнице св. Николая Чудотворца за время с 1866 по 1884 год включительно

Годы	Состояло к 1-му января	Прибыло в течение года	Выписано				Умерло	Осталось
			здоровыми	в состоянии улучшения	на попечение родных	в богадел. и др. завед. для хрон. больных		
1866	114	195	69	21	23	23	44	129
1867	129	134	35	26	11	30	32	129
1868	129	179	58	30	25	40	35	120
1869	120	180	53	17	10	31	53	136
1870	136	166	59	17	13	45	44	124
1871	124	282	50	27	16	85	35	193
1872	193	327	95	38	41	67	59	220
1873	220	278	94	45	45	15	52	247
1874	247	382	81	44	67	55	73	309
1875	309	312	91	39	53	44	96	298
1876	298	277	72	48	54	34	53	314
1877	314	246	50	51	57	20	67	315
1878	315	285	88	50	36	43	68	315
1879	315	292	78	56	46	50	57	320
1880	320	321	94	73	37	50	62	325
1881	325	244	48	58	31	29	73	330
1882	330	217	47	34	46	40	52	328
1883	328	199	41	34	38	39	62	313
1884	313	273	52	64	32	60	58	320
Итого:	–	4789	1255	772	681	800	1075	–

совершенно параллельно. Внизу же, в подтверждение вышеприведенного замечания, имеется третья кривая, показывающая число ежегодно переводимых в богадельни и др. учреждения для хроников.



Кривые, показывающие прибыль и убыль больных по годам:

Пунктирная верхняя — число прибывших больных в соответствующий год. *Белая верхняя* — выбывших. *Белая нижняя* — переведенных в богадельню и др. заведения

Из других данных, могущих служить характеристикою деятельности больницы, приведем, во-первых, сведения, указывающие на звание и состояние больных, принятых в больницу, а равно, но возможности, откуда они прибыли; а затем приведем данные, по которым можно сделать некоторые заключения о самом свойстве болезней, с которыми поступали больные, а равно и об исходах болезней.

К 1-й категории данных могут быть отнесены сведения, приведенные в таблице 2.

Таблица 2. Показывающая звание больных, поступивших в больницу в течение означенных в ней 19 лет

Звание поступавших больных	Год																			За 19 лет
	1866	1867	1868	1869	1870	1871	1872	1873	1874	1875	1876	1877	1878	1879	1880	1881	1882	1883	1884	
Двор., чиновн. гражд. ведомств	52	44	51	59	46	55	99	91	132	80	106	93	104	102	94	94	88	85	120	1595
Служащих и отст. офицеров	18	5	16	12	13	15	21	18	25	38	27	26	43	26	25	23	19	19	13	402
Лиц духовного звания	7	7	10	5	4	6	14	2	12	12	8	7	1	3	8	7	9	9	8	139
Купцов и их семейств	5	7	10	9	5	4	12	18	18	28	14	15	14	14	23	18	23	12	15	264
Мещан и их семейств	55	38	48	40	29	84	74	63	89	56	56	50	42	65	57	32	26	33	51	988
Нижн. ч. военн. и гражд. вед.	22	9	18	22	17	33	33	27	31	34	17	10	16	23	28	23	12	11	20	406
Крестьян и финляндцев	27	21	26	31	42	72	66	53	64	58	42	33	59	48	76	39	34	21	33	845
Иностранных подданных					9	12	4	6	11	6	7	12	6	11	10	6	5	8	12	125
Лиц неизвестн. звания	9	3		2	1	1	4									2	1	1	1	25
Всего:	195	134	179	180	166	282	327	278	382	312	277	246	285	292	312	244	217	199	273	4789
В том числе арестантов	18	18	15	20	17	14	19	37	25	32	30	29	8	23	30	16	15	4	1	389

В прежних отчетах приводились только означенные в этой таблице группы по званию и сословию лиц, присылаемых в больницу. Но, имея в виду, что в каждой из этих отдельных групп должны заключаться еще многие подразделения, делается очевидным разнообразие лиц, нуждавшихся и находивших помощь и призрение в больнице. Если сделать средний вывод из чисел за 19 лет, оказывается, что в больнице ежегодно могло быть принято средним числом 252 больных, и если вывести такую же среднюю для каждой отдельной категории по сословиям и выразить ее в процентном содержании, то окажется, что больные по званиям или сословиям располагаются следующим образом:

1. Лиц дворянского происхождения, чиновников гражданских ведомств, воспитанников высших учебных заведений и иных этой категории — 33%
2. Служащих и отставных офицеров, их жен и детей — 8%
3. Лиц духовного звания — 3%
4. Купцов и их жен и детей — 6%
5. Мещан с их семействами — 21%
6. Нижних чинов воен. и граждан. вед. — 8%
7. Крестьян и финляндских уроженцев — 17,6%
8. Иностранных подданных — 3%
9. Неизвестного звания — 0,4%

Если отнести первые четыре категории к одному классу лиц привилегированных званий, то окажется, что таковых в больнице было 50%. Остальных же, за вычетом 3% иностранцев, оказывается, следовательно, несколько меньше половины.

Судя же по тому, что все население Петербурга состоит из гораздо большего числа лиц второй категории и что процентное отношение заболеваний душевными болезнями не разнится значительно в этих двух больших классах, можно сделать общий безошибочный вывод, что больница св. Николая Чудотворца за 19 лет была, по преимуществу, доступна для больных из привилегированных классов.

Что касается общей графы под названием арестантов, то в ней собраны довольно различные виды лиц, находившихся в больнице. Всех их было за все 19 лет 389 человек, ежегодно в среднем выводе 20 человек или около 8%. В числе их были три главные группы: а) лица, присылаемые для испытания их умственных способностей на предмет определения их уголовной вменяемости; б) лица, уже признанные по болезни невменяемыми, но, в силу 95 и 96 ст. Улож. о наказаниях, подлежащие содержанию в домах для умалишенных до выздоровления и после такового еще в течение 2 лет, и в) лица, осужденные за преступления, учиненные не в болезненном состоянии, но во время отбывания наказания уже заболевшие тою или другою

формою помешательства, направляемые из разных мест заключения для лечения их в больнице св. Николая Чудотворца.

С 1880 года, со времени учреждения при бывшей загородной больнице, ныне больнице св. Пантелеймона, специального отделения для испытуемых и для умалишенных арестантов, число таковых в больнице св. Николая Чудотворца стало значительно сокращаться.

Все вышеозначенные больные поступали в больницу различным путем.

Главный контингент больных поступал по просьбам частных лиц или различных отдельных ведомств с разрешения попечителя больницы. Другой способ помещения в больницу, практиковавшийся всего чаще, состоял в препровождении больных через посредство полиции, по распоряжению старшего врача полиции; затем разные городские больничные заведения переводили душевнобольных, случайно у них находившихся, и наконец, по распоряжению лиц и мест административного и судебного ведомств.

Для пояснения этого приводим здесь ряд цифр, взятых лишь за четыре года.

	1881	**1882**	**1883**	**1884**	**Всего**
1. Лиц, поступивших по частным, отдельным ходатайствам, с разрешения попечителя	136	127	128	178	569
2. Лиц, доставленных по распоряжению старшего врача полиции	59	38	41	54	192
3. Лиц, доставленных из разных лечебных заведений в Петербурге	25	27	23	40	115
4. Лиц, доставленных по распоряжению губ. земской управы	8	10	3	—	21
5. Лиц, доставленных из дома предварительного заключения и иных подобных	16	15	4	1	36
6. Всего:	244	217	199	273	933

Что касается принадлежности лиц, принимавшихся в больницу, к числу обывателей Петербурга, или к числу приезжающих сюда на время, или же привозимых с исключительною целью поместить их в больницу, то по этой стороне дела сведения, имеющиеся в больнице, очень неполны. Во многих отчетах эти сведения совершенно отсутствуют. Ввиду того, что больница была правительственною, ею принимались больные безразлично, какого бы они происхождения по месту их оседлости ни были, и обстоятельство это особой регистрации не подлежало.

Из сведений, которые нам удалось, однако, собрать, за последние 4 года до перехода больницы в заведывание городом, оказывается, что из общего числа лиц, поступавших в соответствующем году, некоторая часть их, о которых были сведения, наверное не принадлежали не только к числу коренных обывателей города Петербурга, но даже не составляли постоянных жителей столицы (табл. 3).

Таблица 3. Показывающая число поступивших в больницу иногородних больных

Место происхождения, оседлости или приписки	1881	1882	1883	1884	Всего	%
Из разн. мест петербург. губ.	15	21	16	17	69	25
Из внутренних губерний	5	5	9	17	36	13
Остзейских губерний	9	4	2	2	17	6,3
Сев.-западн. губ. и цар. Польского	6	5	4	5	20	7,2
Юго-западн. губ. и южн. губерний	3	6	1	2	12	4,3
Восточных и приволжских губ.	11	7	6	7	31	11,2
Северных губерний	11	7	2	13	33	12
Великого княжества Финляндского	4	3	2	13	22	8
Иностранных подданных	6	8	10	12	36	13
Всего иногородних	70	66	52	88	276	100%
Всего поступало	244	217	199	273	933	
Иногородних было	28,6%	30,7%	26,1%	32,2%	29,5%	

По отношению к общему числу больных, поступивших в эти годы, оказывается, что из них было лиц, не принадлежавших к числу петербургских обывателей, в 1881 году — 28,6%, в 1882 — 30,7%, в 1883 — 26,1%, в 1884 — 32,2%, за все 4 года около 29,5%. Таким образом, в больнице св. Николая Чудотворца за последние 4 года иногородних поступало на пользование и призрение около $^{1}/_{3}$ всего числа поступавших больных.

Хотя, как мы уже видели, поступление больных в больницу св. Николая Чудотворца по месяцам и не есть выражение действительного увеличения или уменьшения заболеваемости в Петербурге, тем не менее мы приводим эти данные, собранные нами за 19 лет и касавшиеся почти 5 тысяч больных, из которых можно сделать некоторые практические выводы (табл. 4).

Таблица 4. Показывающая число поступивших больных в каждый месяц каждого года отдельно, за период времени с 1866 по 1884 год

Месяц	1866	1867	1868	1869	1870	1871	1872	1873	1874	1875	1876	1877	1878	1879	1880	1881	1882	1883	1884	За 19 лет	Сред. в цел. числах
Янв.	20	8	9	18	16	25	32	35	19	25	25	15	21	27	32	18	21	14	15	395	21
Февр.	13	13	12	11	4	16	22	25	61	34	33	22	24	21	30	16	16	12	24	409	22
Март	11	10	13	13	13	25	37	33	33	35	25	23	19	23	33	17	17	16	26	422	22
Апр.	23	9	21	6	21	13	13	25	36	22	32	30	19	22	28	18	29	12	19	398	21
Май	21	18	18	12	8	16	27	23	33	36	15	24	29	16	31	28	31	16	19	421	22
Июнь	16	9	15	14	13	21	32	16	24	20	25	15	23	6	17	18	15	6	11	316	17
Июль	24	7	14	11	20	19	23	27	13	26	15	18	19	8	28	15	2	9	14	312	16
Авг.	9	5	15	33	7	10	23	8	60	15	19	23	15	8	11	22	7	18	26	334	18
Сент.	19	11	18	12	13	10	19	13	20	21	25	18	29	40	22	31	9	16	33	379	20
Окт.	15	25	15	18	14	52	27	11	22	27	22	23	39	56	36	26	27	39	33	527	28
Нояб.	13	9	10	24	16	41	31	48	29	28	20	15	26	32	25	19	17	22	24	449	24
Дек.	11	10	19	8	21	34	41	14	32	23	21	20	22	33	28	16	26	19	29	427	22
Всего:	195	134	179	180	166	282	327	278	382	312	277	246	285	292	321	244	217	199	273	4789	21

Таблица 5. Показывающая возраст больных, поступивших в больницу св. Николая Чудотворца в течение 19 лет

Возраст	1866	1867	1868	1869	1870	1871	1872	1873	1874	1875	1876	1877	1878	1879	1880	1881	1882	1883	1884	Всего:
11–15	1	3	1	1					2	2	2	1					2	2	2	19
16–20	10	6	11	9	11	14	17	17	20	18	9	14	24	23	19	10	13	14	20	279
21–25	23	19	26	24	37	50	48	41	52	43	29	32	28	36	50	26	28	29	46	667
26–30	32	30	30	32	30	57	56	44	63	51	45	38	40	59	47	35	40	36	51	816
31–35	39	7	31	25	30	41	46	45	68	45	40	44	47	51	57	38	39	29	45	777
36–40	29	19	28	33	17	60	46	50	65	49	55	38	50	44	47	51	31	30	41	783
41–45	17	24	19	17	14	28	52	25	42	39	40	30	43	35	43	27	20	21	25	561
46–50	26	8	16	23	7	14	28	28	36	33	21	16	22	19	29	20	19	18	18	411
51–55	6	4	7	5	7	8	17	15	16	17	19	15	14	12	20	11	15	7	9	224
56–60	4	3	4	3	6	4	9	5	4	6	6	7	8	8	5	10	6	5	8	111
61–65	6	1	2	5	2	2	3	4	11	3	6	7	6	2	2	2	2	3	3	72
66–70	2	2	2			2	1	2	–	3	3	2	2	2	2	2	1	2	3	33
71–75		1		1	4	1	2	1	1	3	1	1	1	1		1		2	1	22
76–80				2		1	1	1	1		1	1				1	1	1	1	12
81–85							1		1											2
Всего:	195	134	179	180	166	282	327	278	382	312	277	246	285	292	321	244	217	199	273	4789

Если приведенные в этой таблице средние цифры поступления в каждом месяце за 19 лет изобразить посредством кривой, то окажется, что постоянная нормальная убыль больных из больницы такова, что прибыль, ею определяющаяся, почти посезонно одинакова и состоит приблизительно из 20 человек в месяц. Но затем из года в год повторяется, что с мая месяца прибыль больных значительно уменьшается, к июлю месяцу доходит до minimum'а и затем понемногу увеличивается до октября, когда вдруг прибыль делается необычайно большою, но на короткое время, и уже в ноябре падает до обычной средней нормы. Эти колебания очень просто объясняются влиянием летного ремонта больничных помещений. За неимением достаточных запасных летних помещений, прием новых больных на это время, по возможности, уменьшается, и затем, обыкновенно в октябре, после окончания ремонта, почти в один месяц вновь пополняются свободные места, и уж в следующих месяцах опять прибыль определяется обычною убылью больных.

Ввиду большого числа поступивших за 19 лет сведения о возрасте их ко времени поступления могут послужить материалом к некоторым выводам (табл. 5).

Наконец, мы приведем еще сведения о формах психических болезней, с которыми больные поступали в больницу за все время ее существования. Но здесь следует заметить, что до 1882 года в больнице придерживались совершено иной классификации, чем та, какая принята с этого времени. Так, прежняя классификация допускала следующие рубрики: 1) hallucination, 2) melancholia, 3) mania furibunda, 4) mania ambitiosa, 5) mania universalis, 6) fauitas et amentia, 7) idiotismus, 8) paralysis progressiva, 9) mania social epilepsia и 10) на испытании. С течением времени такое деление душевных болезней не соответствовало новейшим успехам психиатрии, и потому в 1882 году больницею принята классификация, предложенная Крафт-Эбингом, с незначительными ее видоизменениями. По этой классификации принимаются следующие формы:

I. Психоневрозы
   а. Психоневрозы первичной формы:
      1. Melancholia
      2. Mania
      3. Dementia primaria curabilis
      4. Alienatio prim. acuta et subacuta
   б. Психоневрозы вторичной формы:
      1. Dementia secundaria et mania universalis
II. Формы психических вырождений:
      1. Folie raisonante, moral insanity
      2. Alienatio prim. delirica

3. Alienatio affectiva
4. Psycho-hysteria
5. Psycho-hypohondria
6. Psycho-epilepsia
7. Psychosis periodica et circularis

III. Психические расстройства на почве органического поражения нервной системы:

1. Dementia paralytica
2. Lues cerebralis
3. Alchoholismus, delirium tremens
4. Dementia senilis
5. Dementia e laes. org. Cerbri
6. Delirium acutum

IV. Imbecillitas et idiotismus

V. Morphinismus, chloral. et alia

VI. Pro exploratione (оказавшиеся здоровыми)

Поэтому в представляемой таблице для удобства слития обеих классификаций взяты возможно крупные категории болезней, в которые могут легче укладываться различные, более специальные виды психических расстройств.

Таким образом, здесь помещены в 1-ю группу все случаи тех форм психического расстройства, которые в настоящее время рассматриваются как психоневрозы в первичной их форме.

Название форм психических заболеваний	**1866 года**	**1867 года**	**1868 года**	**1869 года**	**1870 года**	**1871 года**	**1872 года**	**1873 года**	**1874 года**	**1875 года**	**1876 года**
I. Психоневрозы первичн. формы	93	68	115	103	103	189	243	204	241	191	177
II. Вторичн. психоневрозы; дегенеративные формы; органические заболевания; идиотизм	71	48	53	58	51	71	61	53	104	85	67
III. Прогрессивный паралич	29	15	8	11	8	19	20	15	32	30	25
IV. Испытуемые, не оказывавшиеся больными	2	3	3	8	4	3	3	6	5	6	8
Всего:	195	134	179	180	166	282	327	278	382	312	277

Окончание таблицы

Название форм психических заболеваний	1877 года	1878 года	1879 года	1880 года	1881 года	1882 года	1883 года	1884 года	Всего за 19 лет	%
I. Психоневрозы первичн. формы	127	185	188	183	134	76	86	106	2804	58,7
II. Вторичн. психоневрозы; дегенеративные формы; органические заболевания; идиотизм	78	57	67	88	81	104	85	129	1421	29,6
III. Прогрессивный паралич	31	32	30	41	24	34	24	38	464	9,6
IV. Испытуемые, не оказывавшиеся больными	10	11	7	9	5	3	4		100	2,4
Всего:	246	285	292	321	244	217	199	273	4789	100

В другой же большой группе соединены все болезни, развивающиеся на почве органического поражения нервной системы, как врожденные, так и позже развившиеся, а также и исходные формы, т. е. вторичные болезни, развившиеся из первичных форм психоневрозов, указанных в 1-й группе.

Такое деление в настоящем случае для нас полезно в том отношении, что две эти категории больных существенно разнятся по излечимости болезней, принадлежащих к каждой из них. В то время, как случаи первой категории, если вовремя помещаются в больницу, дают надежду на 60 и более процентов излечения, вторая категория дает едва 10%, и то не прочного выздоровления, а скорее лишь временных улучшений.

Кроме того, нами выделена еще отдельная группа органических заболеваний мозга, известная под названием «общего прогрессивного паралича». В сущности, она должна заключаться во второй группе, но она выделена нами по некоторым ее особенностям, делающим ее достойною отдельной регистрации.

Наконец, в четвертой небольшой группе собраны те случаи, когда присылаемые на испытание не оказались душевнобольными.

Таким образом, эта таблица показывает, что за 19 лет принято, по формам болезней, больных, подающих надежду на выздоровление, только около 60%. Если бы из них выздоровело $^2/_3$, то по отношению к общему числу поступивших больных это составляло бы лишь 20%. А так как многие болезни, по форме принадлежа к числу излечимых, по продолжительности своей до поступления в больницу успели принять хроническое течение или даже перейти в совершенно неизлечимую форму, то общий процент излечимости должен быть еще меньше. С другой стороны, он

увеличивается несколько тем, что некоторые случаи, принадлежащие ко второй категории, регистрируются в числе выздоровевших. Сюда относятся некоторые случаи алкогольных, сифилитических, эпилептических психозов и т. п. В итоге за 19 лет общее число выздоровлений, занесенных в отчет, составляет 1255 случаев, а за вычетом 100 испытуемых, не оказавшихся душевнобольными и помещенных в общей ведомости в рубрике выписанных здоровыми, число действительных выздоровлений от душевных болезней будет 1155. По отношению к общему числу пользованных, т. е. состоявших к 1866 году 114 прибывших, за все 19 лет 4789 больных и за вычетом здоровых испытуемых, окажется, что общее число выздоровевших (1155) относится к общему числу пользованных (4803), как 1 : 4,15, или составляет 24,04%.

Как было видно из таблицы 1 общего движения больных за 19 лет, в категории выписанных собраны лица, выписанные выздоровевшими, выписанные в состоянии значительного улучшения и в состоянии, не обнаруживающем существенных перемен в их здоровье, причем эти последние разбиты еще на два разряда, к одному из которых относятся лица, отданные на попечение родственников и знакомых, к другому — лица, переведенные в иные заведения для умопомешанных хроников, как то: в городские богадельни, в бывшую загородную больницу, в Охтинскую больницу и в иные т. п. места.

Из внимательного пересмотра отчетов по больнице видно, что в деле признания выздоровления составители отчетов постоянно руководствовались очень строгими критериями. Поэтому цифры, значащиеся в соответственной рубрике выписанных, отвечают числу случаев действительного, прочного выздоровления.

Как мы видели выше, процент выздоровлений по отношению к общему числу всех пользованных в больнице св. Николая Чудотворца составляет 24,04%.

К числу же выписанных в улучшенном состоянии относятся очень разнообразные случаи; так, сюда относятся те из поправляющихся, которые почему-либо не могли быть оставлены в больнице до полного выздоровления, затем — такие, которых самая болезнь не поддается полному излечению и только может временно ослабевать и давать более или менее продолжительную перемежку, наконец сюда относятся и неполные выздоровления, так называемые дефектные. В общем итоге эта категория улучшений составляет 16%.

Из данных, имеющихся в некоторых отчетах, видно, что в случаях прочного излечения для этого всего чаще требовалось от 4 до 8 месяцев больничного пользования, или в среднем около 6 месяцев.

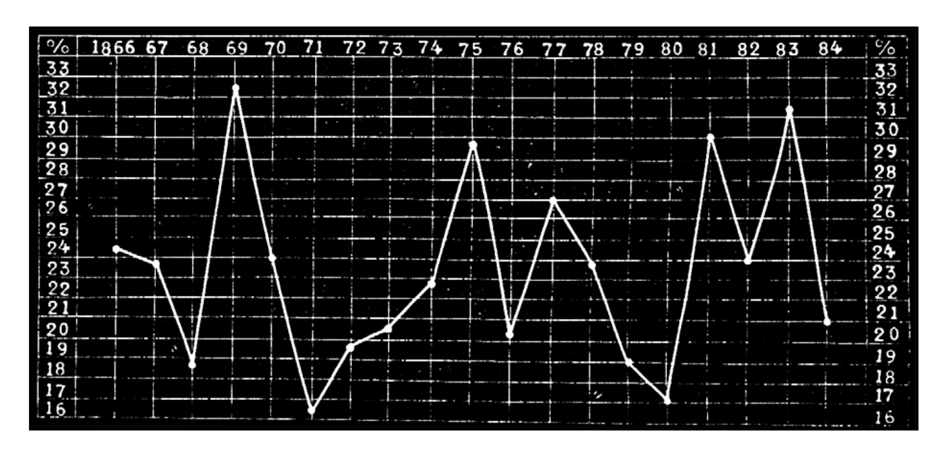
Что же касается рецидивов и повторения болезни, то данные по этому вопросу неполны и неточны. Неполны потому, что больница, конечно, не могла иметь сведений о дальнейшей судьбе всех бывших в ней больных

после их выписки. Неточность же состоит в том, что при собирании об этом сведений не обращалось строгого внимания на этот специальный вопрос, а записывался лишь факт повторного поступления в больницу. Таким образом, например, оказывается, что во второй и большее число раз поступили в больницу: в 1867 году 15 больных, в 1868 — 14, в 1869 — 14, в 1870 — 13, в 1871 — 11, в 1872 — 31, в 1873 — 20, в 1874 — 35, в 1875 — 30, в 1876 — 42, в 1877 — 37, в 1878 — 29, в 1879 — 22, в 1880 — 25, в 1881 — 21, в 1882 — 21, в 1883 — 26, в 1884 — 30 больных, а всего за 18 лет — 433 больных, что составляет средним числом в год около 24 случаев и около 10% всех вновь поступивших.

Под названием выписанных без перемен следует подразумевать отчасти лиц, которых берут родственники почему-либо гораздо раньше, чем наступит какое-либо изменение болезни в ту или другую сторону; но гораздо большую часть принадлежащих к этой категорий лиц составляют те больные, болезнь которых приняла уже форму хроническую или совершенно неизлечимую. Эти больные при всяком представляющемся случае и переводятся в богадельни и другие аналогичные заведения.

Всех больных этой двойной категории было выписано 1481, что по отношению ко всем пользованным (4903) составляет около 30%. Мы видели выше, какое важное значение имеет эта эвакуация в деле обозначения правильного функционирования лечебного заведения для душевнобольных. Здесь можно лишь повторить, что размеры такой эвакуации все-таки недостаточны и что, кроме того, она, будучи весьма различною в различные годы, так сказать, являясь случайностью, оказывает меньше благоприятного влияния на ход лечебного дела, чем бы это было, если бы она хотя в тех же размерах, но предоставлялась в виде определенной и заранее имеющейся в виду меры.

Всех умерших за 19 лет было 1075, что, по отношению к общему числу пользованых, составляет 21,92%. Этот процент, однако, весьма различно распределяется по отдельным годам, как это видно из приложенной кривой.



По месяцам смертность в течение 19 лет была следующая:

Месяцы	1866	1867	1868	1869	1870	1871	1872	1873	1874	1875	1876
I	5	3	2	5	3	3	9	5	5	14	4
II	2	5	4	3	1	3	6	7	10	15	5
III	3	5	5	8	5	7	5	3	6	12	11
IV	8	2	2	2	3		1	6	8	8	6
V	2	3	1	6	6	6	4	5	7	10	3
VI	5	2	5	5	3		5	6	6	7	5
VII	2	1	5	5	4	2	6	2	3	7	3
VIII	1	2	3	3	5	1	2	2	5	4	3
IX	7	1	1	3	2	1	8	3	6	5	2
X	2	2	2	4	4	2	4	2	2	6	4
XI	5	2	4	4	5	2	3	4	6	3	4
XII	2	4	1	5	3	8	6	7	9	5	3
Всего:	44	32	35	53	44	35	59	52	73	96	53

Окончание таблицы

Месяцы	1877	1878	1879	1880	1881	1882	1883	1884	Итого	%
I	7	6	9	4	4	3	2	7	100	9,8
II	4	9	6	6	3	4	2	7	102	9,5
III	12	4	4	9	9	7	4	6	125	11,7
IV	8	7	3	9	8	4	13	6	104	9,6
V	6	8	5	5	6	8	5	4	100	9,8
VI	1	6	3	6	9	2	2	2	78	7,8
VII	5	1	4	4	4	1	2	8	74	6,9
VIII	7	2	3	5	8	3	4	3	66	6,1
IX	4	4	4	1	3	3	7	3	66	6,1
X	6	8	4	6	8	6	6	5	83	7,7
XI	3	5	6	3	5	5	3	5	77	7,2
XII	4	8	6	4	6	6	12	2	100	9,3
Всего:	67	68	57	62	73	52	62	58	1075	100

По формам душевных болезней, в которых последовала смерть, имеется следующее распределение:

Название форм психич. болезней	**1866**	**1867**	**1868**	**1869**	**1870**	**1871**	**1872**	**1873**	**1874**	**1875**	**1876**
I. Психоневрозы первичной формы	16	10	10	24	18	14	24	24	22	34	17
II. Вторичн. психоневрозы; дегенеративные формы; органические заболевания, идиотизм	22	16	14	18	17	15	22	13	22	33	23
III. Прогрессивный паралич	6	6	11	11	9	6	13	15	29	29	13
Всего:	44	32	35	53	44	35	59	52	73	96	53

Окончание таблицы

Название форм психич. болезней	**1877**	**1878**	**1879**	**1880**	**1881**	**1882**	**1883**	**1884**	**Всего за 19 лет**	**%**
I. Психоневрозы первичной формы	20	19	16	21	11	8	9	13	330	30,7
II. Вторичн. психоневрозы; дегенеративные формы; органические заболевания, идиотизм	20	26	24	27	35	27	38	24	324	30,2
III. Прогрессивный паралич	27	23	17	14	27	19	15	21	421	39,1
Всего:	67	68	57	62	73	52	62	58	1075	100

Эта таблица, будучи сопоставлена с подобною же о прибывших больных[4], указывает на следующее: всех психоневрозов поступило около 60%; остальных же форм, не подающих надежды на выздоровление, было около 40%; а так как смертность в этих же группах распределяется так, что на долю первой выпадает 30,7%, а остальные 69,3%, т. е. более чем в 2 раза, приходится на две другие группы, то общий процент смертности здесь является не таким, каким он должен быть в лечебном заведении, а значительно большим, т. е. каким он может быть лишь в богадельне, которую больной оставляет, в огромном большинстве случаев, путем смерти; и в самом деле, если бы в больнице св. Николая Чудотворца не поступало такого множества больных вторых категорий, как теперь, то, при всех прочих равных условиях, число смертных исходов было бы значительно меньше. Если 60% больных 1-й категории дали 330 случаев смерти, то 90% их дало бы 495 умер-

[4] Таблица 1, стр. 124 настоящего издания.

ших, а если бы остальные 10% принадлежали все-таки к двум последним категориям, то из них (считая % смертности для этих категорий в 2 ½ раза большим) умерло бы еще 138 человек, и таким образом мы имели бы всего 633 случая смертных исходов вместо 1075, или в среднем 12,91% вместо 21,92%.

В пояснение влияния присутствия хроников на смертность в больнице, а равно и для некоторых других соображений мы прилагаем еще таблицу продолжительности времени пребывания в больнице тех больных, болезнь которых имела смертельный исход:

Продолжительность пребывания в больнице до наступления смерти	**1866**	**1867**	**1868**	**1869**	**1870**	**1871**	**1872**	**1873**	**1874**	**1875**	**1876**
От 1 до 7 дней	5	4	4	3	3	1	5	3	3	4	3
От 1 до 2 нед.	4	3	4	3	4	4	8	3	8	6	3
От 2 нед. до 1 м.	4	6	2	10	2	8	5	1	5	7	2
От 1 м. до 3 м.	8	5	6	8	3	4	7	13	21	10	10
От 3 м. до 6 м.	11	8	3	10	9	3	12	11	15	13	9
От 6 м. до 1 г.	9	5	9	5	13	7	14	15	11	20	13
От 1 г. до 2 лет		4	4	2	5	3	6	6	5	16	8
От 2 до 5 лет	3		3	12	5	3	2		4	20	5
От 5 до 10 лет и более						2			1		
Всего:	44	32	35	53	44	35	59	52	73	96	53

Окончание таблицы

Продолжительность пребывания в больнице до наступления смерти	**1877**	**1878**	**187 9**	**1880**	**1881**	**1882**	**1883**	**1884**	**Всего за 19 лет**	**%**
От 1 до 7 дней					3	4	3	4	52	4,8
От 1 до 2 нед.	9	9	7	6	2	3	2	3	91	8,5
От 2 нед. до 1 м.	3	8	6	5	3	3	5	10	95	9,9
От 1 м. до 3 м.	13	16	12	6	11	6	7	3	169	15,7
От 3 м. до 6 м.	5	11	7	15	13	8	3	5	171	16
От 6 м. до 1 г.	16	9	10	10	14	15	7	15	217	20,2
От 1 г. до 2 лет	11	6	7	11	16	6	11	7	131	12,1
От 2 до 5 лет	10	9			7	4	18	7	112	10,4
От 5 до 10 лет и более			8	9	4	3	6	4	37	3,4
Всего:	67	68	57	62	73	52	62	58	1075	100

Из этой таблицы явствует, между прочим, что очень большое число случаев смерти падает на долю хронических болезней.

Действительно, из общего числа умерших 20% падает на долю лиц, которые находились уже в больнице от 6 месяцев до 1 года, и 26% на долю лиц, остававшихся более года. Само собою разумеется, что в числе больных этой категории не может быть больных острыми видами; зато, наоборот, в числе умерших между 1 и 6 месяцами немало было хроников больных, лишь поздно поступивших в больницу. Приведенная таблица, между прочим, позволяет сделать еще одно замечание, могущее послужить к оценке степени смертности в больнице. Так, из этой таблицы видно, что 13% всех смертных случаев, или 143 умерших, выпадает на долю больных, пробывших в больнице не более 2 недель, и из них 52 оставалась даже не более 7 дней. Очевидно, что такие случаи не могут служить выражением смертности в самой больнице.

Наконец, мы приводим таблицу ближайших причин смертельного исхода (табл. 7). Анатомо-патологический диагноз был подтвержден вскрытием в 498 случаях, или почти в 50%.

Из этой таблицы явствует, что лишь в 38% смерть зависела преимущественно от мозгового заболевания, составлявшего, так сказать, сущность душевной болезни. В остальных же случаях, т. е. в большей половине, смертельный исход зависел от осложнений соматическими болезнями. Между ними самою частою болезнью оказывается поражение легких. Так, от болезней дыхательных органов умер 381 больной или средним числом ежегодно по 20 человек, по отношению же ко всем умершим это составляет 35,4%. Распространенность этих болезней между душевнобольными составляет факт общеизвестный, но в данном случае нельзя не заметить, что такой высокий процент этих заболеваний со смертельным исходом говорит не в пользу гигиенических условий, которыми располагает больница. Дальше, самыми частыми болезнями были болезни желудочно-кишечного канала — от них умерло 9,1%, инфекционные болезни были относительно редки и появлялись средним числом в год не более, как в 3 случаях, и конкретно по годам ни разу не принимали эпидемического характера, а появлялись лишь спорадически. Остальные болезни, послужившие причиною смерти, были гораздо реже и в общем итоге составляли около 11%.

Возвращаясь к общей таблице смертности по годам и к соответственной кривой, остается еще сказать несколько слов относительно смертности за те годы, в которые она делалась необычайно высокою. Такими годами являются 1869, 1875, 1877, 1881 и 1883. Однако, вникая ближе в детали смертных исходов за эти годы, нельзя указать на какие-либо очевидные, исключительные факторы, которыми можно было бы удовлетворительно объяснить такой большой процент смертности. Так, напр., за 1869 год можно отметить лишь то, что в этом году появлялись особенно часто желудочно-кишечные заболевания и поражения дыхательных органов. Из всех умерших 50%

Таблица 7. Показывающая ближайшие причины смертельных исходов у душевнобольных в больнице св. Николая Чудотворца за 19 лет

Название болезней	1866 года	1867 года	1868 года	1869 года	1870 года	1871 года	1872 года	1873 года	1874 года	1875 года	1876 года	1877 года	1878 года	1879 года	1880 года	1881 года	1882 года	1883 года	1884 года	Всего за 19 лет	%
Болезни мозга и оболочек	24	11	13	16	15	19	20	19	35	44	24	32	30	21	26	23	16	11	17	416	38,7
Болезни дыхат. органов	10	6	18	19	18	10	25	10	22	30	19	23	24	19	25	36	21	24	22	381	35,4
Болезни сердца и сосудов	4		1	3	2		1	3		1	4	4	3	3	1			3	4	37	3,5
Бол. желуд.-киш. канала		12		9	5		4	13	9	7	4	3	6	5	5	5	3	6	2	98	9,1
Инфекцион. болезни	1	2	2	4		3	3	3	3	12	1	4	3	5	4	1	3	7	4	65	6,0
Болезни матки и яичника	1			1			1										1	1	2	7	0,65
Болезни разных отдельных органов		1		1	1		2	1	2	2	1	1	2	1	1	1	4	1	2	24	2,25
Общ. конст. болезни	1					1	4											1	1	8	0,8
Травмат. повр.				1														1		2	0,2
Старч. маразм	3		1		2	2		2	2					3		6	4	6	4	35	3,8
Самоубийство																1		1		2	0,2
Всего	44	32	35	53	44	35	59	52	73	96	53	67	68	57	62	73	52	62	58	1075	100

падает на долю страдавших этими болезнями. В 1875 году болезней, имевших столь пагубные последствия в 1869 году, было значительно менее, но зато в этом году накопилось много хроников. Действительно, из общего числа умерших 38% выпадает на таких больных, которые уже в одной этой больнице пробыли от 1 года до 5 лет. Причину большого процента смертности в 1877 году можно отчасти усматривать в случайном накоплении в этом году относительно большого числа больных, одержимых общим параличом помешанных. Число умерших паралитиков составило ровно половину всего числа умерших в этот год. В 1881 и 1883 гг. увеличенная смертность была, по-видимому, результатом более сложных причин, действовавших совокупно, хотя и с меньшею интенсивностью в отдельности.

Как бы то ни было, этих данных мало для уяснения себе причин столь больших уклонений от средней, какие, например, являются в 1869 году, когда смертность превзошла среднюю (22%) почти на 50% и достигла 32% общей смертности за этот год, а с другой стороны, в 1871 году, в котором смертность упала ниже средней, почти на 35%, и выразилась в виде 16,50% общей смертности.

Следует заключить, что данных за 19 лет мало для того, чтобы быть в состоянии дать себе более ясный отчет в причинах той или иной степени смертности в данной больнице.

В заключение мы приводим ведомость, показывающую доходы и расходы по больнице за 19 лет.

Из этой ведомости видно, что если не считать временных затрат по капитальному ремонту больницы и из остающейся суммы общего расхода вычесть сумму, поступившую в уплату за лечение, то круглым числом одна кровать (считая пансионерскую и штатную вместе) за 19 лет обошлась Попечительному совету в 197 рублей.

Годы	Число больных			Сколько поступило платы за лечение		Сколько было израсходовано						Средняя стоимость кровати			
	штатных	пансионеров	итого			по всем статьям сметы		В числе общ. расхода: на обыкновенный ремонт		В числе общ. расхода: на капитальный ремонт		без кап. ремонта		из кап. ремонта на одну кровать приход	
1866	118	5	123	3608		28 217	23	1219	83	–	–	229	40	–	–
1867	119	9	128	5328	26	28 114		1436	16	–	–	219	65	–	–
1868	118	7	125	3810	62	28 693	49	1216	25	–	–	229	55	–	–
1869	120	7	127	4792	25	26 351	83	1347	98	–	–	207	49	–	–

Годы	Число больных			Сколько поступило платы за лечение		Сколько было израсходовано						Средняя стоимость кровати			
	штатных	пансионеров	итого			по всем статьям сметы		В числе общ. расхода				без кап. ремонта		из кап. ремонта на одну кровать приход	
								на обыкновенный ремонт		на капитальный ремонт					
1870	121	8	129	5042	24	30 286	29	1863	23	–	–	234	77	–	–
1871	128	9	137	4877	98	31 149	8	2775	93	–	–	227	36	–	–
1872	202	10	212	7042	92	98 493	84	3570	94	31 954	35	313	86	150	72
1873	209	27	236	17 984	1	103 609		4367	36	26 724	49	325	78	113	24
1874	246	49	295	31 719		108 846	6	5545	33	15 734	9	315	63	53	33
1875	250	48	298	30 737	66	103 427	64	5190	14	13 188	60	302	81	44	25
1876	–	–	303	30 506		114 187	87	5759	14	18 344	41	316	31	60	54
1877	–	–	304	34 245	34	110 295	93	4851	34	12 912	31	320	34	42	47
1878	254	60	314	36 010		99 841	34	7206	73	–	–	317	96	–	–
1879	249	60	309	35 566	72	104 963	50	5495	30	12 665	31	339	63	40	98
1880	247	67	314	42 517	55	110 603	37	5963	38	3005	90	342	66	9	57
1881	254	67	321	42 105	89	109 182	12	5300		4677		325	56	14	57
1882	255	72	327	48 960	7	105 177	71	5401	51			321	64		
1883	239	71	310	48 962	66	106 916	80	5945	7			344	89		
1884	237	67	304	50 245	63	104 821	28	6171	43			344	80		
Итого				484 062	80	1 553 178	38	80 626	69	139 206	46				

5. СУЩЕСТВУЮЩИЕ НЕДОСТАТКИ И ЖЕЛАТЕЛЬНЫЕ УЛУЧШЕНИЯ

Отсутствие устава больницы и необходимость его выработки. — Теснота больницы и способы ее устранения. — Проект капитального переустройства больницы. — Необходимость увеличения числа мест для хронических душевнобольных

Благодаря стечению разных обстоятельств, в силу которых настоящее описание является лишь в 1887 году, многие из недостатков, о которых следовало бы говорить в этой главе, указаны уже были в ином месте, в отношении их уже намечен ряд мероприятий, и некоторые из последних, как

это было видно из третьей главы, осуществлены на деле. Поэтому мы здесь ограничимся лишь соответствующими ссылками на них.

1. Весьма важным недостатком в организации больницы св. Николая Чудотворца является отсутствие устава, инструкции, а также многие несообразности в штате ее. Эти недостатки, однако, оказываются общими и для других больниц, перешедших в ведение города. Поэтому уже составлена особая субкомиссия, которая и трудится теперь по разработке всех этих вопросов.
2. Другой ряд недостатков состоит в следующем: теснота больничных помещений при постепенно увеличивающемся числе больных, помещаемых в больницу, равно как и неудобства, вытекающие из невозможности приспособления старой конструкции 4-этажного здания под правильную лечебницу для помешанных, и наконец, неудобства, вытекающие из крайнего недостатка в садах и местах для прогулок больных. Систематический свод требований для устранения всех этих недостатков был изложен в особом проекте капитального переустройства больницы св. Николая Чудотворца, представленном в городскую больничную комиссию главным врачом больницы О. А. Чечоттом и архитектором больницы А. Ф. Красовским.

По этому проекту в больнице св. Николая Чудотворца предполагается: 1) увеличить число больных, возвысив его с 310, ныне положенных по штату, до 360[5], фактически почти постоянно и состоящего налицо, но с крайним стеснением, и 2) изменить, пополнить самый состав больных, подлежащих приему в больницу. Для этого проектируются новые пристройки и значительные переделки и переустройства существующих помещений.

Общее число больных (360), для коих предполагается иметь 200 мест для мужчин и 160 для женщин, распадается на следующие группы:

А. На группу больных с невыясненными формами душевных, мозговых или нервных заболеваний, подлежащих помещению в особые отделения — «приемные покои для разбора и первоначального призрения душевнобольных», — в размере на 12 мужчин и 6 женщин.

Б. На группу нервных больных, и из них:

а) штатных, платящих по уменьшенной цене свое содержание или по бедности вовсе не платящих, — на 20 мужчин и 20 женщин,

и б) пансионеров, платящих за свое улучшенное содержание более повышенную плату, — на 4 мужчин и 4 женщин.

В. На группу душевнобольных (в точном смысле этого определения):

а) штатных — 134 мужчин и 100 женщин;

б) пансионеров — 30 мужчин и 30 женщин.

Всего же — 200 мужчин и 160 женщин.

---

5 Кроме того, предполагается еще содержать арестантов 20 мужчин и 10 женщин.

Каждая группа приведенных здесь больных, отличаясь особенностями своих свойств, нуждается в особых приемах их размещения и содержания и подразделяется на различные категории.

А. Приемные покои проектируются для 12 м. и 6 ж. Нетрудно предвидеть, что при условиях самостоятельного, общего приема лиц, подозреваемых умопомешанными, и непосредственного направления таковых в больницу придется принимать сомнительных больных, с невыясненными формами. Кроме того, придется принимать больных во всякое время дня и ночи. Опыт же показывает, что действительно все это имеет место и притом очень затрудняет больницу и действует неблагоприятно на самых больных. Беспокоить же целые отделения помещением ночью буйного больного, как это и бывает в большинстве случаев, решительно невозможно. В виду этого и предполагается иметь особое отделение для помещения всех сомнительных или почему-либо другому неудобных к непосредственному помещению в то или другое отделение больницы. Эти отделения должны быть по возможности не в непосредственной связи с прочими отделениями, и кроме того, они должны иметь по возможности больше отдельных комнат для первоначального изолирования, в случае надобности, различных по характеру заболевания лиц. Эти отделения проектированы вообще небольшими, так как в них предполагается весьма быстрый обмен. Действительно, по точном разъяснении свойств данного случая больной немедленно переводится в соответствующее отделение больницы или же переводится в другие больницы для душевнобольных, соответственно выяснившемуся требованию. Далее, из приемных покоев очень часто больные будут прямо выбывать за наступлением улучшения или выздоровления в случаях острых, скоропроходящих, или когда родственники пожелают немедленно взять помещенного больного. Наконец, ввиду возможности поступления сюда очень тяжелых форм психического или мозгового поражения с теми или другими осложнениями, больные здесь же могут в первые 2–3 дня умирать. Таким образом, в приемных покоях каждый больной будет оставаться очень недолго, потому они и проектированы на не очень большое число больных.

Б. Группа нервных больных требует помещения для 20 штатных и 4 пансионеров мужчин и такого же числа женщин. По этому поводу в проекте приведены некоторые разъяснения. Так, в нем указано, что до сих пор нигде в Петербурге не имеется не только больницы, но даже и правильного устройства отделения для нервных больных, если не считать частных лечебниц и самых небольших клинических отделений при Военно-медицинской академии. Естественно, что и специалистов по нервным болезням у нас весьма мало. Большинство именующих себя таковыми — это электротерапевты, практикующиеся чуть не самоучкою на амбулаторных больных, которые, конечно, составляют часть всех нервных заболеваний. Психиатрия же стоит исключительно на почве изучения душевных болезней и мало

касается нервных болезней. Этот недостаток в программе медицинского обучения врачей не скоро и случайно может восполниться на поприще дальнейшей деятельности их, так как у нас нет вовсе таких больниц, где были бы правильно устроенные отделения для этого рода заболеваний. Между тем, такие отделения, где, с одной стороны, был бы подготовлен материал, а с другой, где бы молодой врач мог найти опытного руководителя, весьма желательны. С другой и гораздо более важной стороны, чем необходимость иметь правильно устроенные отделения нервнобольных с целью образования специалистов врачей, а именно со стороны интересов самих нервнобольных, настоятельно требуется организация правильного содержания и лечения их. Ко всему этому следует прибавить, что заболевания в сфере нервной системы не могут быть в природе отторгнуты от заболеваний так называемых душевных, это есть одна естественная группа заболеваний. Часто одна болезнь переходит в другую, различные фазы одной и той же болезни являются раз под видом определенной нервной болезни, другой раз под видом психического расстройства. Часто успешное лечение нервной болезни предотвращает развитие опасного недуга — помешательства.

Всего приведенного составителю проекта казалось достаточно, чтобы убедиться в необходимости устройства на первое время лишь особого отделения, и то небольшого, исключительно для нервных больных.

Пока отделения для нервных больных будут еще в небольших размерах, пока они не будут специальными самостоятельными учреждениями, они должны, как по свойству своему, так и по приемам лечения и способам исследования нервных болезней, составлять часть больниц, предназначенных для лечения душевнобольных.

Затем, в проекте приведены еще и другие основания, на которых должно быть учреждено это новое отделение.

Отделение для нервных больных не ограничивается лишь устройством отделений для постоянных кроватей; к нему еще должна принадлежать и амбулатория. В самом деле, преобладающим контингентом амбулаторных больных больницы св. Николая Чудотворца будут нервнобольные и в значительно меньшем числе — душевнобольные. Поэтому амбулатория должна быть снабжена всеми средствами для правильного исследования нервных болезней, а равно и самого их лечения. В этом отношении нервные болезни могут быть сравнены с хирургическими — как здесь, так и там лечение состоит в производстве тут же, самим врачом или его помощником той или другой манипуляции. Так, в отношении нервнобольных, в смысле их лечения, будут всего чаще применяться гидропатия, электротерапия, гимнастика и массаж. Амбулатория должна быть снабжена всеми средствами для удовлетворения этим требованиям. Все эти сооружения и обзаведения будут одинаково служить и для больных, находящихся в отделении постоянных кроватей, которое в свою очередь будет большим подспорьем для

амбулатории, так как этим будет дана возможность в случае надобности оставить того или другого больного из приходящих больных на короткое время в самой больнице.

Итак, отделение постоянных кроватей для нервных больных имеет при себе амбулаторию с необходимым обзаведением и устройством для лечения водою, электричеством и гимнастикою. Самые же отделения для постоянных кроватей должны быть отделены от душевнобольных, должны иметь свой особый вход, свой сады и вообще дать наименьшую возможность непредвиденных встреч с помешанными. Независимо от разделения их помещения по полу, в них еще должны быть деления в плате, вносимой за лечение, и главное — достаточное разделение по роду болезней, в особенности должны быть удалены припадочные больные. В крайнем случае эти последние могут быть перемещаемы в отделения для эпилептиков душевнобольных. Наконец, к этим отделениям могут примыкать, а в крайности даже составлять часть их помещения для некоторых конвалесцентов. В эти отделения могут быть принимаемы и нервнобольные дети.

В. Группа душевнобольных, в точном смысле этого определения, составляется:

а) из пансионеров	— 30 м. и 30 ж.
б) из штатных	— 134 м. и 100 ж.[6]
	— 164 м. и 130 ж.

Так как лучшим ручательством правильного содержания, ухода и лечения душевнобольных является прежде всего правильное их размещение по отделениям соответственно различным свойствам различных категорий их заболевания, то и следует подробно указать, какие должны быть численные отношения разных категорий, на которые будет распадаться вышеуказанное число призреваемых душевнобольных в больнице.

Имея в виду состав больных, подлежащих приему в больницу св. Николая Чудотворца, назначение больницы для первоначального призрения всякого рода помешанных и дальнейшего их разбора с переводом хроников в другие учреждения, и сравнивая условия и объем деятельности больницы св. Николая Чудотворца с другими аналогичными заведениями, как у нас в России, так и за границею, составитель проекта в окончательном выводе делит общее число (294) душевнобольных, призреваемых в больнице. св. Николая Чудотворца, на следующие главные категории:

1) спокойных	— 55%,
2) беспокойных	— 31%,
3) буйных	— 10%,
4) неопрятных	— 4%.

Само собою разумеется, что цифры эти будут несколько изменяться, коль скоро разбивать на эти категории меньшие числа, например, отдельно

[6] В эту цифру должны быть включены арестанты.

мужчин и женщин, или платящих и неплатящих, но колебания эти будут незначительны и временны.

Основанием к дальнейшим подразделениям должны служить еще и другие обстоятельства.

Так, спокойные больные должны быть помещаемы отдельно, смотря по их воспитанию, образованию и вообще социальному положению; таким образом, независимо от а) особого помещения для спокойных пенсионеров, необходимо иметь б) особое отделение для спокойных 1-го класса, т. е. для лиц так называемых привилегированных званий и в) особое для спокойных 2-го класса., т. е. для лиц непривилегированных званий. Из этой общей категории спокойных больных выделяется естественным путем группа выздоравливающих, конвалесцентов, которых, однако, еще нельзя вывести из больницы, но для которых вредно оставаться в среде других еще совершенно больных, — отсюда необходимость иметь г) небольшое отделение для выздоравливающих.

В отделениях беспокойных, буйных и неопрятных можно обходиться и без этих подразделений, но зато в них всюду должны быть особые помещения или по крайней мере приспособления для содержания малолетних душевнобольных. В Петербурге нет нигде приема малолетних помешанных, если не считать идиотов, а между тем случаи такого рода встречаются чаще, чем это думают, и больнице св. Николая Чудотворца приходится нередко отказывать в подобных случаях.

Кроме этих общих оснований к подразделениям больших групп на меньшие, имеются еще и некоторые специальные, но весьма необходимые требования, вызывающие устройство особых отделений. Так, больница все время своего существования тяготится недостатком лазарета для соматических заболеваний. Устройство особого лазарета положительно необходимо, особенно при настоящем положении больничного дела в ведении городского управления. Дело в том, что хотя теперь больница и пользуется возможностью перевода соматических больных, особенно заразных, хирургических, рожениц и др. в соответствующие больницы, но все же эта мера не может быть применена ко всем случаям и ограничивается лишь тихими, спокойными, не опасными умалишенными — остальные пользуются во всех вышепоименованных случаях в больнице. Независимо от этого, в больницу св. Николая Чудотворца доставляются из других городских больниц разные соматические больные, у которых там развилось помешательство и которые поэтому в общих больницах оказываются неподходящими и потому направляются сюда, а между тем нуждаются и в лазаретном за ними уходе.

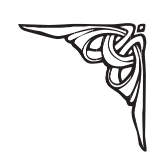
Наконец, ввиду приема больных, поступающих на испытание по требованию судебной или административной власти, необходимо иметь особое отделение для испытуемых, с дополнительным к нему отделением для со-

держания некоторых из бывших на испытании, и которые за окончанием испытания и по определению суда подлежат, в силу закона, продолжительному содержанию в доме для помешанных.

К этому, так сказать, чисто психиатрическому проекту был приложен план необходимых переустройств и пристроек зданий. Но вместе с тем было сделано весьма важное указание, что все эти сооружения не приведут к желаемой цели ввиду непригодности для этого четырехэтажного здания и крайней тесноты дворов и недостатка садов. С другой стороны, указано, что рядом с больничным местом есть довольно значительный участок продающейся почти пустопорожней земли, в количестве около 4600 кв. саж., с приобретением которой (приблизительно по 35 руб. за сажень) можно было бы вполне осуществить вышенамеченный проект, но, конечно, способ и стоимость нужных приспособлений и построек были бы совершенно другими.

Такой проект и был представлен городской больничной комиссии, которая пришла к заключению о необходимости изучить этот вопрос особо и выразила мнение, что правильнее было бы построить совсем новое заведение, и для дальнейшей разработки этого вопроса образовала особую субкомиссию.

3. Наконец, третий ряд недостатков и мер к устранению их заключается в неправильной постановке призрения помешанных за счет города вообще в Петербурге. В этом отношении могут быть отмечены две стороны — одна представляет собою, так сказать, законодательный вопрос, а вторая — крайняя необходимость увеличения числа мест для хронических больных с целью освобождения от них лечебниц и доставления возможности легкого и скорого помещения туда свежезаболевающих.

Оттон Антонович ЧЕЧОТТ (1842–1924)



Биографии О. А. Чечотта и его вкладу в развитие психиатрической науки будет посвящена статья во втором томе сборника. Приведенная в этом томе работа О. А. Чечотта «Призрение помешанных в С.-Петербурге» уникальна не только по своему содержанию, но и по той роли, которую она сыграла в развитии психиатрической службы Санкт-Петербурга, во многом предопределив ее развитие на треть века вперед. В этой работе впервые, опираясь на исторический опыт и на современное состояние психиатрической науки, О. А. Чечотт формулирует концепцию развития городской психиатрии. Работа, довольно скромная по своей литературной форме и имеющая лишь прикладную задачу, стала одной из самых цитируемых публикаций по истории психиатрии. Вторая из публикуемых работ О. А. Чечотта также посвящена развитию концепции городской психиатрии и является логичным продолжением «Призрения помешанных».

Печатается по изданиям:

Чечотт О. А. Призрение помешанных (историческся справка) // Вестник клинической и судебной психиатрии и невропатологии. — СПб.: Издание К. Риккерра, 1889. — Год шестой, выпуск II. — С. 233–256

Чечотт О. А. Современное положение призрения помешанных в Санкт-Петербурге и его губернии и в каком размере оно должно быть расширено // Вестник клинической и судебной психиатрии и невропатологии. — СПб.: Издание К. Риккерра, 1889. — Год седьмой, выпуск I. — С. 38–57.

О. А. ЧЕЧОТТ

Призрение помешанных в С.-Петербурге[1]

(Записка главного доктора городской больницы св. Николая Чудотворца, д-ра О. А. Чечотта)

I

ИСТОРИЧЕСКАЯ СПРАВКА

Мысль о постройке особых домов для помешанных в России впервые была высказана Императором Петром III, когда на докладе Сената от 20 апреля 1762 года по делу о безумных князьях Козловских последовала Высочайшая резолюция: «Безумных не в монастыри определять, но построить на то нарочный дом, как то обыкновенно и в иностранных государствах учреждены долгаузы, а в прочем быть по сему». Затем, в том же году Императрица Екатерина II повелела Сенату состоявшиеся при бывшем Императоре указы рассмотреть и со своим мнением ей представить. Между таковыми указами Императрице был представлен приведенный выше указ об учреждении долгаузов, причем Сенат всеподданнейше представлял, что, по его мнению, «оному указу надлежит быть во всем в своей силе, токмо пока упомянутый долгауз построится для таких безумных, Сенат рассуждает назначить монастырь, к тому способный; и при построении долгауза, на каком содержании определяемым в оный быть, и к тому какие чины потребны, следует, по примеру других, государству учинить установление». Доклад этот Императрица «собственноручным подписанием Всемилостивейше апробовать соизволила», и вследствие этого Правительствующий Сенат приказали: «о назначении для тех безумных монастыря сообщить в Святейший Синод ведение, а о вышеописанном в юстиции вотчинные коллегии и их конторы, также в комиссию новосочиняемого уложения послать указы, а в сенатскую контору сообщить ведение, кои и посланы»[2].

Таким образом, очевидно, что приведенный указ Петра дал новое движение вопросу о призрении помешанных. В виду совершенного незнаком-

[1] Представляемый труд был мною составлен по поручению особой субкомиссии, образованной при больничной комиссии по предложению спб. городской Думы в 1888 году, с целью ближайшего ознакомления с делом призрения умалишенных в столице.

[2] Полн. собр. зак., Т. XVI, 11 647, в ст. «Русск. законодат. об умопомешанных» д-ра И. В. Константиновского, стр. 621, в Трудах 1 съезда отеч. псих. 1887 г.

ства с этим делом Сенат немедленно обратился в Академию наук с запросом: «каковые в иностранных государствах для безумных учреждены долгаузы, тем в академии с имеющихся планов и на каком основании они безумные содержатся со учреждения, учиня перевод на российский диалект, взнесть в Сенат»[3]. Но в Академии тоже никто не знал ничего об этом, и дело только затягивалось. В ожидании же результатов этого поручения приступлено было немедленно к более правильному приспособлению помещения для душевнобольных в некоторых монастырях. Так, 1 ноября того же 1762 года последовал указ Сената «о помещении безумных, до устроения для них особенного дома, в имеющихся покоях при новгородском Зеленецком монастыре и московском Андреевском, и о заведывании сего временного устройства для безумных канцелярии синодального экономического правления»[4].

При возбуждении по этому поводу различных вопросов, между прочим комиссия о церковных имениях в свою очередь обратилась с запросом в Академию наук, вследствие сообщения князя С. Гагарина, что Е. И. В. указали учредить в Андреевском и Зеленецком монастырях долгаузы. На этот второй по тому же делу запрос Академия дала поручение одному из своих членов, Шлецеру, находившемуся тогда заграницею, осмотреть тамошние долгаузы и представить отчет. Шлецер осмотрел некоторые долгаузы, прислал о них свой отчет, из которого, однако, мало можно было почерпнуть практического, да и сам он в конце пишет: «желательно, чтобы в начале этого дела не было сделано упущений, чтобы, по примеру Петра Великого, прежде разузнали об устройстве подобных заведений в других краях не только посредством запросов, на которые могут последовать неточные ответы, но посредством отправления за границу опытных людей». Но все это ни к чему не повело, так как, пока все эти разъяснения получались, Андреевский монастырь в 1764 году был упразднен, а Зеленецкий сделан заштатным, и таким образом вопрос о приспособлении этих монастырей к содержанию помешанных окончился ничем. Между тем, число сумасшедших в С.-Петербурге увеличивалось, и отсутствие мест их призрения порождало всевозможные неудобства и даже злоупотребления.

По ходатайству генерал-полицеймейстера Н. Чичерина, в 1766 году (9 октября) последовал именной указ об обязании жителей С.-Петербурга подписками, чтобы они объявили в главной полиции о безумных, если таковые у кого в доме находятся.

> *«Ежели у кого в доме окажутся из собственных, нанятых или постоем живущих людей в безумие впадшие, а паче чинящие беспокойства и сумасбродные дела, или дерутся от бешенства или проказы чинят*

[3] А. Шульц. Арх. суд. мед. 1865 г., 1 кн., с. 6 — цитир. акад. арх. 1762 г., рукопись.
[4] Там же, стр. 622 (см. примеч. 1).

и тем могут кого от безумия своего умертвить или уязвить, таковых тот же день представлять в главную полицию при объявлении, прописывая в оных: какой человек и давно ль сумасбродствует, какого бы он звания ни был, буде же кто из обывателей о таком безумном человеке, держа его в своем доме, какого бы он звания ни был, в гласной полиции не объявит, а тот безумный учинит какое зло или кому какой вред, за то те люди, кто о таковых в главной полиции не объявит, подвергнутся, как бы они сами то зло учинили, штрафу без упущения, а если у кого сумасшедший человек в доме через полицейских служителей или кого иного найдется, что он в полиции объявлен не был, то хотя б какого и зла не учинил, взыщется за необъявление не малый штраф»[5].

Эта мера привела к накоплению умопомешанных в полицейских домах и вынудила того же генерал-полицеймейстера тотчас же всеподданнейше доложить о собранных в полиции безумных и бешенных и испросить указаний, «где и как оных содержать». Императрица словесно повелела ему для содержания оных нанять или выбрать один из казенных домов и вместе с тем образовать комиссию для выработки регламента, каким образом содержать больных. Вследствие этого, в ноябре того же (1766) года Н.Н. Чичерин обратился с письмом к президенту медицинской коллегии, барону А.И. Черкасову с изложением вышеприведенного и просьбою содействовать в образовании комиссии. Комиссия была действительно составлена, но труды ее затянулись на очень долгое время[6]. Между тем, вопрос о призрении помешанных вообще в России вновь был возбужден и получил новый толчок в 1773 году, как это видно из именного указа, объявленного Сенату генерал-прокурором, о назначении в С.-Петербурге, Москве и Казани мест для содержания безумных. Эта мера была вызвана тем, что, ввиду медленности, с какою разрабатывался общий проект учреждений для безумных, по мнению Сената, следовало бы сейчас же назначить для них в каждой губернии по два монастыря — один мужской, а другой женский; но Императрица приказала, чтобы «наперед учреждение сочинено было», какой труд на себя и взял тот же Н. Чичерин, а в виде временной меры разрешено было назначить сейчас же три места — С.-Петербург, Москву и Казань.

Приведение в исполнение этого плана вскоре было застигнуто новым преобразованием внутреннего управления государства Императрицею Екатериною II, и в 1775 году вопрос об установлении и надзирании домов для сумасшедших был возложен на одно из новых учреждений — на приказ общественного призрения. В ст. 389 устава о приказе сказано:

«В рассуждении установления и надзирания дома для сумасшедших, приказу общественного призрения надлежит иметь попечение, чтобы

---

[5] Том XVII, 12754. Там же (Константиновский). С. 622.

[6] История первых медиц. школ в России Я. Чистовича 1883 г. С. 589.

дом был избран довольно пространный и кругом крепкий, чтобы утечки из него учинить не можно было. Таковой дом снабдить нужно пристойным добросердечным, твердым и исправным надзирателем и нужным числом людей смотрения, услужения и прокормления сумасшедших, к чему нанимать можно или из отставных солдат добрых и исправных, или же иных людей за добровольную плату, кои бы обходились с сумасшедшими человеколюбиво, но при том имели за ними крепкое и неослабное во всякое время смотрение, чтобы сумасшедший, сам себе и никому вреда не учинил, и для того держать сумасшедших, по состоянию сумасшествия, или каждого особо заперта, или же в таком месте, где от него ни опасности, ни вреда учиниться не может, и приложить старание о их излечении. Сумасшедших неимущих принимают безденежно, а имущих имение принимают в дом не инако, как за годовую плату на содержание, присмотр и на приставников»[7].

С этих пор устройство домов для умалишенных стало идти быстрее, и уже в 1776 году был устроен первый специальный дом для умалишенных в Новгороде.

В виду исключительной задачи настоящего моего труда — описать постепенное развитие дела призрения помешанных в С.-Петербурге, я дальше уже не буду касаться этого предмета, поскольку он развивался во всей империи, а ограничусь лишь только касающимся С.-Петербурга.

Выше мы упомянули о комиссии, образованной еще в 1766 году для разработки вопроса о призрении сумасшедших в С.-Петербурге. Плодом трудов ее было учреждение в С.-Петербурге больницы и долгауза, открытых 6 мая 1779 года. В этот день спб. обер-полицеймейстер т. сов. Дм. Вас. Волков объявил Высочайшее повеление об учреждении в С.-Петербурге больницы и долгауза для пользования больных и сумасшедших и просил дать туда 4 подлекарей[8].

Больница эта и дом для умалишенных состояли из 6 небольших деревянных домиков на том месте, где позже была основана нынешняя Обуховская больница.

Итак, 1779 год может быть признан годом открытия первого дома для помешанных в Петербурге. У нас, к сожалению, нет сведений ни о величине его и числе открытых мест для помешанных, ни о внутреннем устройстве дома, но надо полагать, что это было нечто весьма мало удовлетворявшее требования даже и того времени. Уже через три года на том же месте были заложены новые каменные корпуса — и доныне сохранившееся — Обуховской больницы, в том числи корпус и для помешанных — долгауз.

[7] Т. XX, 14392. Константиновский, с. 625.

[8] *Чистович,* с. 570. Первыми подлекарями и затем произведенными в лекаря были: Гониус, Виттенбер, Авенариус и Статковский.



Обуховская больница. Фото 1920-х гг.

Открытие этой новой гражданского ведомства городской больницы и дома умалишенных последовало в 1784 году.

По описанию этого дома для умалишенных, сделанному в кратких чертах доктором Ф. Ф. Германом[9], и по другим сведениям[10], он был в виде короткого двухэтажного каменного флигеля, примыкающего под прямым углом к задней стороне главного корпуса, фасадом выходящего на р. Фонтанку. Тогда в нем находилось 32 покоя, расположенные в 2 ряда, в одном из которых помещались мужчины, в другом женщины. Посредине этих двух рядов комнат проходил широкий внутренний коридор, который в свою очередь посредине во всю его длину был еще перегорожен, и таким образом разделялись мужское и женское отделения. Заведывание, администрация домом для умалишенных было общее со всею больницею.

По описанию Безака[11], «во всех комнатах соблюдается возможная чистота, и лишенные действия рассудка больные привязаны к кроватям кожаными ремнями, которые они охотнее оков носят. Со всеми ими обходятся кротким и приязненным манером, через что, как и через точное наблюдение диеты, многие бывают вылечены».

---

9 *Ф. Герман*. Исторический очерк Обуховской больницы за 100 лет. 1884.
10 *А. Шульц*, с. 1.
11 Описание С.-Петербурга. 1794. Ч. I. Цитир. в ст. А. Шульца.

Конечно, этих мест для 32 больных вскоре стало недостаточно, тем более что за устройством домов умалишенных вообще под ведением приказа общественного призрения другие способы их содержания в это время уже не имели основания к существованию, и действительно, в 1786 году последовал именной указ, данный Сенату о способах для распространения врачебной части в России, в котором, между прочим, в пункте 12-м сказано:

«Безумных, кои содержатся под ведомством медицинской коллегии, перевести в дом для сумасшедших, в С.-Петербурге устроенный, поручаю попечению и надзиранию приказа общественного призрения по точному предписанию в ст. 380 учреждений, Нами изданных».

При таких условиях естественно было ожидать усиленного прилива больных в дом умапомешанных при Обуховской больнице. И действительно, уже в 1789 году приказ общественного призрения увеличил в нем число кроватей до 44, а потом в нижнем этаже этого дома еще было отведено «10 покоев для безумных и 10 для знатных сею болезнью одержимых особ, из которых каждому, смотря по обстоятельствам, предоставлялось 2 комнаты, дабы они могли при себе иметь и слуг» [12]. В этот долгауз помещались и белогорячные больные [13].

В 1805 году буйные умалишенные были совершенно отделены и помещены в особое отделение смирительного дома, составлявшего тоже одну из частей Обуховской больницы.

Постепенно возрастающее требование на лечение и призрение помешанных все увеличивало число больных, помещаемых в этот, единственный для Петербурга, долгауз, так что уже к 1822 году в нем содержалось 100 больных, и 27 июня того же года в комитете министров слушалась записка управляющего Министерством внутренних дел о прибавке в с.-петербургском доме умалишенных 25 мест и о содержании их на счет доходов здешнего приказа общественного призрения. Записка эта интересна по содержанию и представляет собою, вслед за обращением Чичерина, второй пример вмешательства лиц административного ведомства, вызванного непосредственною необходимостью.

Управляющей министерством так начинает свою записку:

«С.-петербургский военный генерал-губернатор относится ко мне, что для содержания и пользования помешанных в уме учреждено под ведением с.-петербургского приказа общественного призрения при Обуховской больнице заведение на 100 человек; но число сих несчастных почти всегда превышает сию меру, и потому многие, оставаясь в квар-

---

[12] *Ф. Герман.* Исторический очерк Обуховской больницы за 100 лет. 1884. С. 6.

[13] В первые годы существования этого дома в нем пользовалось в 1787 году 90 больных, в 1788 — 127; в 1789 — 110; в 1790 — 124; в 1791 — 143; в 1792 — 133.

тирах или при полиции, не имеют необходимо нужной помощи и вместе с тем обеспокоивают семейства или правительство; что к отвращению сего признавая необходимым прибавить при оной больнице, по крайней мере, 25 мест для умалишенных, поручил гражданскому губернатору исчислить потребную на то сумму» и т. д.

В результате 22 августа того же года объявлено комитету, что Государь-император на сие соизволяет, последствием чего и было увеличение числа умалишенных в доме при Обуховской больнице еще на 25 больных, в одном из деревянных флигелей больницы, куда до того переводились больные лишь на лето[14].

Так шло дело призрения умалишенных до 1828 года. К этому времени заведывание призрением петербургского приказа уже пришло в очень неудовлетворительное состояние, расходы значительно превышали доходы приказа, и Император Николай, обозрев сам лично все заведения приказа, пришел к заключению о необходимости существенных преобразований и улучшений в них. Последствием этого было, согласно его желанию, принятие некоторых заведений приказа под свое покровительство Императрицею Мариею Федоровною, и 6 января 1828 года состоялся на имя с.-петербургского военного генерал-губернатора указ, которым объявлено о таком принятии под покровительство Императрицы некоторых заведений, в том числе Обуховской больницы с домом умалишенных, и об учреждении особого совета (Попечительного) для непосредственного управления этими заведениями, под главным начальством Ее Величества[15]. Императрица Мария Федоровна, взяв под свое особое покровительство Обуховскую больницу и дом умалишенных, очень скоро убедилась в необходимости устройства для душевнобольных нового помещения.

Заботами императрицы был учрежден новый обширный дом для умалишенных, доныне существующий — больница «Всех Скорбящих». Открытие больницы последовало в 1832 году. Первоначально больница была рассчитана на 120 больных; вместе с этим был закрыт долгауз при Обуховской больнице, а больные переведены в новый дом умалишенных. Конечно, недолго пришлось ограничиться этим числом больных, и мы видим уже, что к 1839 году в больнице призревалось до 200 больных, а постепенно увеличивающийся наплыв больных заставлял администрацию, соответственно этому, расширять помещения, возводить новые постройки. Несмотря на это, недостаток в местах для умалишенных с течением времени делался ощутительнее. Приходилось помещать больных, помимо больницы, в иных заведениях. Так, больные, доставляемые в Петербург для свидетельствования их в губернском правлении, содержались в городской тюрьме, не толь-

---

[14] Полн. собр. св. зак. III XXXVIII 29169. Константиновский, с. 632.

[15] *Ордин К.* Попечительный совет. Очерк деятельности за 50 л. 1878.

ко до освидетельствования их, но даже часто и долгое время спустя. Найдя это, по многим основаниям, крайне неудобным, военный генерал-губернатор вошел с представлением в Попечительный совет в 1842 году о временном помещении таких больных в здании тогда недавно построенного Исправительного заведения, с тем, чтобы по освидетельствовании они были переводимы, в случае надобности, в больницу «Всех Скорбящих». Вследствие этого 9 ноября 1841 года последовало Высочайшее повеление об отправлении вышеупомянутых больных в Исправительное заведение, и потому 12 июля 1843 года в этом заведении было открыто особое отделение для 4 мужчин и 2 женщин[16]. В следующем году Попечительный совет всеподданнейше ходатайствовал о расширении этого отделения для помещения в нем и прочих умалишенных, числом до 40, из них 30 мужчин и 10 женщин, но император Николай, не желая стеснять помещений собственно Исправительного заведения и имея в виду уже предпринятые в то время дальнейшие расширения больницы «Всех Скорбящих», предложил «назначить особое отделение в одной из здешних городских больниц», вследствие чего 2 апреля 1845 года было открыто помещение для 34 душевнобольных, опять на прежнем месте — в Обуховской больнице. Эти 34 места были предназначены исключительно для мужчин, 6 же кроватей в Исправительном заведении для женщин. Октября 1 дня 1846 года состоялось Высочайшее повеление о дальнейшем расширении больницы «Всех Скорбящих» устройством нового там помещения на 100 хронических умалишенных, с отнесением расхода по их содержанию, 15 тысяч ежегодно, на суммы бывшего приказа общественного призрения, состоявшего в распоряжении Министерства внутренних дел. Однако из этих 100 кроватей лишь 50 было предоставлено в распоряжение самого министерства.

Таким образом, штат больницы расширял число мест в ней до 300, но, ввиду предпринятых больших каменных построек, еще нескоро больные в этом числе могли найти себе приют[17]. В это же время, в 1846 году, был учрежден Думою полицейский приют на 12 больных, и сверх того, почти одновременно, в 1847 году, было основано первое частное заведение д-м Лейдесдорфом[18] (потом профессором и директором дома умалишенных в Вене) на 15 больных.

Несмотря на это, вопрос о призрении умалишенных требовал дальнейших мероприятий. В больнице «Всех Скорбящих» с течением времени

---

[16] Городск. больница св. Ник. Чуд., сост. Головиной. 1887 г., с. 3, и подл. дела больницы св. Николая Чудотворца.

[17] В 1840-х годах возле больницы «Всех Скорбящих» было основано небольшое частное заведение смотрителем той же больницы, но оно просуществовало недолго и было закрыто.

[18] Подл. дела больницы «Всех Скорбящих», обязательно мне предоставленные директором ее д-м Черемшанским.

накопилось довольно значительное число арестантов различных категорий. Начальство нашло, наконец, крайне неудобным дальнейшее содержание этого рода помешанных вместе с другими больными и ходатайствовало о выводе их из больницы «Всех Скорбящих». По этому поводу вновь обратились к помещениям Исправительного заведения, и в 4-м этаже главного здания его было приспособлено помещение для 25 помешанных арестантов мужского пола; штат этого отделения был Высочайше утвержден 6 июля 1852 года, самое отделение открыто 1 ноября того же года.

Число помешанных, содержавшихся в это время в военных госпиталях, было неопределенное, особых отделений в них не было, за исключением 2-го сухопутного госпиталя, где в это время уже существовало нечто вроде отделения для умалишенных. Отделение это имело до 50 больных и состояло в распоряжении профессора Шепулинского и заведывании старшего врача Орлова[19]. Таким образом, к 1855 году в С.-Пететербурге всех мест для умалишенных во всех заведениях было 352.

С наступлением нового царствования наступила как бы новая эпоха и для развития этого отдельного вопроса, наряду с развитием и преобразованием многих сторон нашей культуры. Действительно, в 10 следующих затем лет, до 1866 года, призрение умалишенных быстро пошло вперед. Не говоря уже о существенных переменах в улучшении самого содержания душевнобольных, количество мест для них значительно увеличилось: в эти 10 лет для умалишенных было открыто больше мест, чем за все предшествующее время, т.е. почти за 75 лет[20]. Первым по порядку на этом пути оказалось бывшее Исправительное заведение. Так, в 1856 году с.-петербургский военный генерал-губернатор удостоверял о крайнем затруднении (третий случай административного ходатайства), встречаемом местным полицейским начальством в призрении умалишенных женщин, вследствие чего Попечительный совет нашел возможным устроить в здании Исправительного заведения особое отделение для 30 умалишенных женщин, включая в это число 6 кроватей, уже в нем существовавших. Такое предположение Попечительного совета удостоено Высочайшего утверждения 25 мая 1856 года. При этом исключительное назначение мужского отделения для арестантов отменено, и таким образом с 1856 года в здании Исправительного заведения была устроена целая лечебница для помешанных, на 55 больных обоего пола[21]. Но самое важное движение в этой области

---

[19] Сведения, обязательно сообщенные мне доктором П.Н. Никифоровым. Точные сведения о воен. госпиталях я имею, начиная с 1859 года.

[20] До 1855 года в СПб. было всего 352 места для душевнобольных, а к 1866 году увеличилось более чем вдвое, всего было 836 мест.

[21] Подлинные дела конторы больницы св. Никол. Чуд. и описание городской больницы Св. Ник. Чуд.

начинается с того времени, когда в 1857 году в Медико-хирургической академии была основана первая кафедра психиатрии, а по представлению профессора этой кафедры И. М. Балинского немедленно было предпринято полное преобразование существовавшего до того при 2-м военном сухопутном госпитале отделения для умопомешаных. Таким образом возникло первое правильно организованное психиатрическое отделение клиники. 27 марта 1859 года последовал указ о преобразовании при 2-м военно-сухопутном с.-петербургском госпитале отделения умалишенных, в котором, между прочими, сказано, что Его Величество, согласно положению военного совета, Высочайше повелеть соизволил: ограничить ста двадцатью человеками число умалишенных, которые могут быть приняты в означенный госпиталь, полагая в том числе двенадцать офицеров, девяносто шесть нижних чинов и двенадцать женщин [22]. Мы здесь не имеем своею задачею исследование развития учения о душевных болезнях, поэтому мы лишь и ограничимся приведением данных о времени открытия психиатрических заведений и на какое число. В это же время, а именно 2 июня 1859 года последовало Высочайшее соизволение на открытие при богадельнях 100 кроватей для неизлечимых душевнобольных и для идиотов. Это было первое учреждение специально для неизлечимых, куда могли быть, хотя в некоторой мере, эвакуированы хроники из лечебных учреждений, постепенно переполнявшихся ими [23].

Помимо этих новых учреждений, и прежние подверглись новым преобразованиям и расширениям: так, больница «Всех Скорбящих» руководствовалась до этого времени уставом 1842 года, не соответствовавшим современным требованиям науки. Да и расширения, предпринятые еще в 1846 году, шли медленно, так что число больных превышало возможность правильного их распределения (к 1 января 1859 года состояло 284 больных, к 1860 — 250, к 1861 — 267). Все это побуждало к более деятельному вмешательству правительства и в 1862 году привело как к осуществлению указа о расширении больницы до 300 больных, так и к введению нового штата [24]. К этому же времени относится и новое преобразование отделения для умалишенных при Исправительном заведении. Требования призрения и лечения душевнобольных не давали возможности остановиться этому делу на только что достигнутой степени. Так, уже в 1863 году Петербург оказался переполнен бесприютными умалишенными, и мы вновь встречаемся (в четвертый раз) с вынужденным приемом обращения столичной администрации в те или другие места или ведомства по поводу настоятельной необходимости принять соответственные меры к призрению помешан-

[22] Т. XXXIV, 34 287, Константиновский, с. 666.

[23] Справки из дел богаделен, сообщенные мне по обязательному распоряжению г-на попечителя богаделен Е. И. Ламанского.

[24] А. Шульц, с. 11, и подлинные дела больницы «Всех Скорбящих».

ных. На этот раз г. военный генерал-губернатор предложил городскому общественному управлению, которое, как выше было указано, уже содержало на свой счет приют на 12 человек умалишенных, обратить внимание на дело призрения помешанных в столице. Так, он писал, что это дело требует «наискорейшего разрешения, сколько в видах человеколюбия, столько же и для устранения неудобств, в которые поставлена городская полиция, вынужденная помещать вновь прибывающих больных в приемных покоях, в арестантских комнатах и карцерах, невольно тем усиливая страдания несчастных». Вследствие этого Попечительный совет вошел в соглашение с городским общественным управлением о воспособлении последним средств на соответствующие переустройства отделения умалишенных при Исправительном заведении и на расходы но содержанию в нем большого числа больных. Попечительный совет предложил в новопроектируемой лечебнице прибавить к прежним 55 местам еще 65 мест штатных и, сверх того, открыть 15 мест для пансионеров. Такое предложение удостоилось Высочайшего утверждения 14 ноября 1864 года, а по приговору Думы 14 декабря 1865 года город взял на себя содержание 40 штатных кроватей и возмещение части расходов по приспособлению новой лечебницы. Вместе с тем, полицейский приют на 12 больных был закрыт[25]. 1 января 1866 года новая, так называемая «временная лечебница для умалишенных при Исправительном заведении» была открыта, со штатным числом кроватей на 120 больных и с 15 местами для пансионеров. Тем временем затруднения в помещении свежезаболевающих в лечебницы, за накоплением в них хроников, побудили бывший Попечительный совет к увеличению числа мест для неизлечимых, и по журналу общего собрания совета от 12 сентября 1863 года, в городских богадельнях было открыто еще 30 кроватей для страдающих тихим умопомешательством. Еще недавно устроенное новое клиническое психиатрическое отделение уже через несколько лет подверглось дальнейшим улучшениям. Действительно, первое преобразование было в некоторой мере предварительным, и в начале 1864 года (февр. 17) последовало Высочайшее утверждение мнения Государственного совета, согласно положению Военного совета, которым определено было: расширить существующее уже психиатрическое отделение еще на 20 офицеров и 10 нижних чинов и учредить вновь отделение для умалишенных при 1-м военно-сухопутном госпитале, на 30 офицеров и 15 низших чинов. Итак, с 1864 года уже существовали два учреждения для душевнобольных при 1-м, и другое на 150 при 2-м сухопутном госпитале.

Недавно получившая свой новый штат больница «Всех Скорбящих» и доведшая штатное число больных до 300, в это время еще расширилась, и с 1865 года число больных в ней было до 350[26].

---

[25] Городская больница св. Ник. Чуд., с. 6–7.

[26] Подл. дела б-цы «Всех Скорбящих».

Частная предприимчивость тоже стала развиваться в более широких размерах: частное заведение Лейдесдорфа в 1853 году перешло к д-ру Штейну, сохранив свой прежний штат; в 1858 году возникло новое частное заведение д-ра Гейкинга, ординатора при отделении умалишенных Обуховской больницы, на 25 человек; в 1860 году д-р Лоренц, главный доктор больницы «Всех Скорбящих», по соседству с нею тоже открыл небольшое собственное заведение на 10 человек[27].

В общей сложности к началу 1866 года столица располагала следующим числом мест для умалишенных:

1. Больница «Всех Скорбящих»	— 350
2. Лечебница при исправит. заведении	— 135
3. Обуховская больница	— 34
4. Богадельни	— 130
5. Военные госпитали	— 195
6. Частные заведения	— 60
	Всего: 904 места

По счислению населения С.-Петербурга в 1865 году, в нем было 539 122[28] жителя, следовательно, 1 кровать для помешанных приходилась на 596 жителей столичного населения, считая же и жителей губернии, по численности ее за 1867 год, всего 1 160 930[29], одна кровать приходилась на 1284 жителей.

Опыт в Западной Европе, давно нас опередившей в деле призрения помешанных, повсюду показал, что такое отношение не соответствует действительной потребности, и неудивительно, что обстоятельства не переставали обнаруживать полнейшую несостоятельность этого дела у нас, в Петербурге, тем более что даже и те 904 кровати, которые были, не в полном своем числе могли быть принимаемы в расчет как кровати, могущие служить одному населению столицы и ее губернии. Но помимо этого, еще два фактора влияли сильно на необходимость открывать новые места, а именно, постепенное, абсолютное увеличение населения в столице[30],

---

[27] А. Шульц, с. 1.

[28] Статистический ежегодник СПб., 1881.

[29] Статистический временник Росс. Имп., 1871.

[30] Приводим для соображений цифры населения С.-Петербурга в разное время, заимствуя их из «Статистического Ежегодника С.-Петербурга», а именно, оно было для столицы:

Год	Население	Год	Население
1765	150 335	1833	442 890
1780	174 778	1837	468 625
1789	217 948	1850	487 278
1800	220 208	1858	494 656
1812	308 474	1865	532 122
1817	363 938	1869	667 963
1825	424 741	1881	928 016

и затем то, что во всех больницах, преследовавших лечебные цели, за отсутствием достаточного числа приютов, домов призрения и иных учреждений для больных, переходящих в неизлечимое состояние и которых родственники не имеют возможности взять на свое попечение, — хронические больные естественно оставались в лечебницах и этим мешали в значительной мере своевременному поступлению в больницу свежезаболевающих, что, в свою очередь, помимо всех иных неудобств, неминуемо вызывало в столице накопление неизлечимых больных.

Такое положение дела было сознаваемо повсюду, и сообразно с этим с 1866 года замечается движение по пути к образованию приютов или богаделен для хроников и неизлечимых помешанных. Так, уже в 1867 году в бывшую загородную больницу для хронических болезней стали направлять и хроников душевнобольных, и к концу 1868 года там было 25 мужчин и 25 женщин умалишенных. Но этим не ограничились, и уже к 1870 году, по распоряжению градоначальника и с согласия комиссии, заведовавшей загородной больницею, число призреваемых помешанных было увеличено до 100[31]. Вместе с тем, в городских богадельнях было еще открыто 20 кроватей для тихих умалишенных за счет Городской Думы, как это видно из журнала общего собрания бывшего Попечительного совета от 23 марта 1870 года за № 52; в июле месяце того же года в приюте, открытом в Екатерингофе, Высочайше утвержденною санитарною комиссиею, по распоряжению с.-петербургского обер-полицеймейстера генерала Трепова было помещено 40 тихих умалишенных мужчин, а в августе туда же поместили еще 25 тихих умалишенных женщин[32].

В том же 1870 году был основан Государем Наследником, ныне Императором Александром III, на собственные Его средства, дом призрения душевнобольных на 120 человек (по финляндской железной дороге, близь ст. Удельная), и в связи с этим в 1871 году больные из временного приюта в Екатерингофе были переведены в дом призрения.

Вследствие перемен, происшедших в отбывании наказаний по судебным приговорам, и вследствие преобразования в тюремном ведомстве был возбужден вопрос о пригодности или непригодности дальнейшего пребывания арестантов в помещениях здания Исправительного заведения. При этом был решен вопрос и о несовместимости в одном здании двух таких учреждений, как тюрьма и больница для умалишенных. Конечным результатом всех этих рассуждений, длившихся несколько лет, было Высочайшее повеление от 3 марта 1872 года, в силу которого все арестанты были выведены

[31] Подлинные дела бывшей загородной больницы, ныне городской св. Пантелеймона.

[32] Сведения, обязательно сообщенные мне врачом этого приюта, д-м Н. Н. Дмитриевым, ныне состоящим при доме призрения Его Императорского Величества.

из бывшего Исправительного заведения, и все его здания были переданы в распоряжение Попечительного совета, для устройства самостоятельной постоянной больницы для душевнобольных, названной затем больницей св. Николая Чудотворца.

Тогда Попечительный совет предполагал, что, сделав нужные приспособления и расширения в новой больнице, можно будет увеличить число пользуемых до 270 и всему учреждению придать значение лечебницы по преимуществу.

По открытии новой больницы на 270 мест это число скоро было увеличено еще на 35, а именно, сюда были переведены душевнобольные из Обуховской больницы, в которой это отделение, на основании Высочайшего повеления от 29 декабря 1873 года[33], подлежало упразднению.

Тем не менее, больница св. Николая Чудотворца характер лечебницы не удержала и, несмотря на то, что в ней постепенно увеличивали число кроватей, хотя и за счет стеснения самих больных, при недостатке мест к эвакуации неизлечимых и хроников, она переполнялась ими, и доступ новым больными по-прежнему становился опять затруднительным[34]. Новых больных скоро решительно некуда было девать. Это видно из того, что в ноябре 1875 года председатель Высочайше утвержденной санитарной комиссии, тогдашний с.-петербургский градоначальник Ф. Ф. Трепов, в письме к городскому голове объяснял следующее: «*В последние годы число заболевающих душевными болезнями стало увеличиваться в такой мере, что вызвало необходимость принятия целого ряда мер с целью увеличения способов их призрения…*» Затем, перечислив эти меры, он указывает, что они недостаточны, и дальше продолжает: «*Умопомешанные, при отсутствии в лечебных заведениях мест, помещаются как в видах человеколюбия, так и в видах общественной безопасности, в полицейских приемных покоях. Но покои эти, имеющие своим назначением служить исключительно для временного размещения разного рода лиц, случайно заболевающих на улицах или подвергающихся каким-либо несчастиям от ушибов, падений и т. п., не только не приспособлены для психиатрического врачевания, но совершенно лишены удобств для помещения в них душевнобольных. Между тем, больные этого рода, переполняя полицейские приемные покои, ожидают в них открытия мест в специальных лечебных заведениях и, оставаясь вне всякого лечения, нередко доходят до степени неизлечимости, тогда как при*

---

[33] Дела больницы св. Николая Чуд. и описание ее.

[34] И действительно, мы видим, что за увеличением в 1873 году числа шест до 305, в 1874 году было принято новых больных 382; в 1875 — 312; в 1876 — 277; в 1878 — 246, и такое понижение шло бы, конечно, прогрессируя, если бы в том же году не были предприняты некоторые экстренный меры, а именно открытие мест для хроников в Мариинской уткинской богадельне, позволившее в следующем году эвакуировать значительно больше.

своевременном подании медицинской помощи и правильном уходе за ними многие из них получили бы выздоровление». Представляя об этом Думе (что составляет пятый случай засвидетельствования несостоятельности призрения помешанных администрацией столицы), Ф. Ф. Трепов просил Городскую Думу устроить где-либо новое помещение, хотя на 50 человек. Городская Дума, рассмотрев это дело 26 марта 1876 года, постановила учредить приют для первоначального призрения умопомешанных на 50 человек. И затем вскоре на Обводном канале, в частном доме Реймерса, были сделаны необходимые приспособления для помещения 50 больных, которые содержались за счет города и состояли в заведывании старшего врача полиции[35].

Такое положение дела стало еще больше склонять всех к убеждению в необходимости увеличивать число мест для хроников, и мы видим, действительно, целый ряд новых для них приютов и увеличение прежде существовавших.

Самое крупное содействие призрению умалишенных в этом направлении оказала Высочайше учрежденная исполнительная санитарная комиссия. Так, имея в своем распоряжении с 1873 года большое помещение близ р. малой Охты, на мызе Оккервиль, так называемую Уткинскую Мариинскую богадельню для хроников, комиссия постепенно стала допускать туда прием и тихих умалишенных. В 1877 году туда были помещены 6 женщин умалишенных, в 1878 — уже 35 мест было занято женщинами и 2 места мужчинами, в 1879 — 66 ж. и 1 м., в 1880 — 74 ж. и 3 м.; число же прочих больных, одержимых общими хроническими болезнями, стало уменьшаться, а всего помещалось около 200–225 призреваемых. В 1881 году, по распоряжению исполнительной санитарной комиссии, при этой богадельне была открыта Малоохтинская временная больница (7 февраля), а Уткинская Мариинская богадельня 16 мая того же года перешла из ведения комиссии в ведение Императорского человеколюбивого общества. Вслед за тем больные между этими двумя учреждениями были распределены согласно некоторым особым условиям, но уже в 1882 году в Мариинской богадельне вовсе не было призреваемых душевнобольных, а в Малоохтинской к январю 1883 года числилось 113 ж. и 49 м. умалишенных, и только 2 женщины из числа не душевнобольных. К этому же времени в городских больницах ощущался недостаток в кроватях для хроников, и потому 11 марта (1883) по распоряжению с.-петербургского градоначальника была открыта в нанятых частных помещениях, неподалеку от мызы Оккервиль, близ большой Охты, Большеохтинская больница. С самого же начала туда стали направлять и умалишенных, так что при открытии ее в марте там поместили 200 хроников и 21 умалишенного мужчину. В дальнейшем туда направлялись исключительно мужчины умалишенные, в Малоохтинскую — женщи-

[35] «Известия с.-петербургской Городской Думы» за 1870 г.

ны. К концу 1884 года душевнобольные в этих двух учреждениях распределялись так, что в Большеохтинской содержалось 174 умалишенных мужчин, а в Малоохтинской — 5 м. и 201 ж.[36]

Но и такого расширения мест для хроников не доставало — в учреждениях для свежезаболевающих получалось крайнее переполнение больных; так, в 1881–1884 годах в городском приюте не только число призреваемых возросло, но и характер их изменился: там уже помещались хроники, и в общем их бывало по временам до 70; в больнице св. Николая Чудотворца число больных тоже превышало штатное число и доходило по временам до 320. В других же учреждениях для хроников число мест тоже увеличивалось — в 1880 году в доме призрения Государя Императора последовало увеличение числа призреваемых еще на 100 кроватей (всего 220), а в загородной больнице число хроников-помешанных стало превышать положенное число и доходило до 170 и более[37].

По возбужденному Министерством внутренних дел вопросу о призрении испытуемых и арестантов умопомешанных, вопрос этот был разбит на две части. Одна часть касалась вопроса о призрении арестантов-помешанных всей империи; вторая же часть относилась к изысканию способов призрения арестантов исключительно из столичных мест заключения. Этот последний вопрос и предполагалось удовлетворить устройством при загородной больнице отделения на 50 арестантов.

Ввиду этого в конце 1882 года в загородной больнице главное тюремное управление и учредило особое отделение для испытуемых арестантов и для арестантов-помешанных, где и число содержавшихся постепенно увеличивалось, и в конце 1884 года их там содержалось около 30 больных.

С открытием этого учреждения в больницу св. Николая Чудотворца не направлялись более этой категории лица, но число больных в ней не было уменьшено, а места их заняли больные свободных состояний.

В военных госпиталях за все это время не последовало значительного увеличения числа мест для душевнобольных — там только произошли, так сказать, относительные перемены, а именно, в 1870 году в клиническом психиатрическом отделении уменьшено число больных со 150 до 100, и наоборот, при 1-м сухопутном госпитале увеличено число больных с 45 до 100, так что, в итоге, прибавилось в обоих учреждениях 5 мест.

Частные заведения с 1866 года подверглись кое-каким переменам, но не существенным — некоторые заведения закрылись, другие перешли в иные руки и при этом несколько изменились в своем объеме: так, заве-

---

[36] Все эти сведения взяты из дел этих учреждений, любезно сообщенных мне старшим врачом этих больниц К. В. Эмалиновичем.

[37] Доклад соедин. присутствия городск. упр. и комиссии общ. здр. от 13 ноября 1884 г. — Докл. ком. общ. здр. от 15 апр. 1881 года; о передаче городскому общ. упр. больниц и богаделен, находящ. в вед. попеч. сов. и т. д. Приложение II об устройстве призрения неимущих помешанных, стр. 129.

дение Гейкинга закрылось в 1868 году, заведение Штейна продолжало существовать и вмещало в себя до 30 больных. В начале 1867 года д-р Щульц открыл свое заведение на 25 больных, которое довольно быстро увеличивалось, особенно с 1872 года, когда оно перешло к д-ру Фрею. При постепенном его развитии к концу 1884 года оно помещало до 50 больных. Больница д-ра Лоренца к этому времени имела около 15 больных. В конце 1880 года было основано на частные средства благотворителей, с пастором Ферманом и пот. почет. гражд. Вельцом во главе, учреждение «для одержимых падучею болезнью и слабоумных детей» под названием «Евангелический приют Иммануил» (близ ст. Удельной по финл. жел. дороге), в котором сначала было около 10 питомцев, а потом это учреждение увеличилось и к 1884 году содержало до 25 мальчиков и девочек.

Основанное в 1883 году заведение д-ра Маляревского, преимущественно для детей и разных видов душевнобольных юношей, первоначально на 10 мальчиков, уже в следующем году помещало около 25 призреваемых.

Следовательно, к этому времени, т. е. к концу 1884 года, частные заведения давали в общем 145 мест.

Подводя итог всем местам, существовавшим для всех категорий душевнобольных в конце 1884 года, мы получим:

	Кол-во мест
Больница «Всех Скорбящих»	350
Больница Николая Чудотворца	320
Городской приют	70
Итого:	740
	Кол-во мест
Большая и Малоохтинская богадельни	380
Дом призрения Государя Императора	220
Загород. больн. (ныне больн. св. Пантелеймона)	170
— арестантск. отдел. при загородн. больнице	30
Городские богадельни	150
Итого:	950
Клиника при 2-м сухопутном госпитале	100
Отделение при 1-м сухопутном госпитале	100
Итого:	200
Лечебница д-ра Фрея	50
Лечебница д-ра Штейна	30
Лечебница д-ра Лоренца	15
Лечебница «Иммануил»	25
Заведение д-ра Маляревского	25
Итого:	145
Всего	2035

Годы открытия кроватей		Кровати			Население в Петербурге	Число населения на одну кровать	Население Петербургской губ.	Число этого населения на одну кровать	Годы переписи населения
		открыто	закрыто	осталось					
1779	Основание первого дома умалишенных в СПб.*	–	–	–	174778	–	–	–	1780
1784	Основание долгауза при Обуховской больнице	32	–	32	–	–	–	–	–
1789	Увеличение числа кроватей в долгаузе	12	–	44	217948	4953	–	–	1789
	В следующие годы еще увеличено	20	–	64	220208	3440	–	–	1800
к 1822	Постепенно увеличение на	36	–	100	308474	3084	–	–	1812
в 1822	Прибавлено в долгауз же еще	25	–	125	363938	2911	–	–	1817
1832	Закрытие при Обуховской больнице долгауза	–	125	–	424741	–	–	–	1825
1832	Основание больницы «Всех Скорбящих»	120	–	120	442890	3690	–	–	1833
1839	Постепенное увличение мест в больнице «Всех Скорбящих»	80	–	200	468625	2343	–	–	1837
1843	Открытие мест для душевнобольных при Исправительном заведении	6	–	206	–	–	–	–	–
1845	При Обуховской больнице вновь открыто	34	–	240	–	–	–	–	–
1846	Учреждение Городскою Думою приюта на	12	–	252	–	–	–	–	–
1847	Открытие частного заведения Лейдесдорфа	15	–	267	–	–	–	–	–
1852	Открытие еще мест при Исправительном заведении	25	–	292	487278	1668	–	–	1850
1853	Переход частного заведения д-ра Лейдесдорфа к д-ру Штейну и увеличение его	10	–	302	–	–	–	–	–
к 1855	Во 2-м сухопутном госпитале было	50	–	352	–	–	–	–	–
1856	При Исправительном заведении еще увеличено	24	–	376	–	–	–	–	–
1858	Открытие частного заведения д-ра Гейкинга	25	–	401	494656	1233	1083 091	2701	1858
1859	Во 2-м сухопутном госпитале увеличено	70	–	471	–	–	–	–	–
1859	В городской богадельне открыто	100	–	571	–	–	–	–	–
1860	В больнице «Всех Скорбящих» увеличено	50	–	621	–	–	–	–	–
1860	Заведение д-ра Лоренца открыто	10	–	631	–	–	–	–	–
1862	В больнице «Всех Скорбящих» увеличено	50	–	681	–	–	–	–	–

* Нам не удалось получить сведений, на сколько именно кроватей он был устроен первоначально.

Годы открытия кроватей		Кровати			Население в Петербурге	Число населения на одну кровать	Население Петербургской губ.	Число этого населения на одну кровать	Годы переписи населения
		открыто	закрыто	осталось					
1863	В городских богадельнях увеличено еще	30	–	711	–	–	1 174 174	1651	1863
1864	Во 2-м сухопутном госпитале увеличено еще	30	–	741	–	–	–	–	–
1864	В 1-м сухопутном госпитале открыто	45	–	786	–	–	–	–	–
1865	В больнице «Всех Скорбящих» увеличено еще	50	–	836	539 122	644	–	–	1865
1866	В Исправительном заведении увеличено еще	80	–	916	–	–	–	–	–
1866	Закрыт городской приют	–	12	904	–	–	–	–	–
1867	Открыты места в загородной больнице	25	–	929	–	–	–	–	–
1867	Частное заведение д-ра Штейна увеличено	5	–	934	–	–	–	–	–
1867	Открыто частное заведение д-ра Шульца	25	–	959	–	–	1 160 930	1210	1867
1868	В загородной больнице число мест увеличено	25	–	984	–	–	–	–	–
1868	Закрыто частное заведение д-ра Гейкинга	–	25	959	–	–	–	–	–
к 1870	В загородной больнице увеличено еще	50	–	1009	667 963	662	–	–	1869
1870	В городских богадельнях увеличено	20	–	1029	–	–	–	–	–
1870	Открыт Екатерингофский приют	65	–	1094	–	–	–	–	–
в 1870	Основан Дом призрения душевнобольных Государя Императора и	–	–	–	–	–	1 325 471	–	1870
в 1871	открыт на	120	–	1214	–	–	–	–	–
1871	Закрыт Екатерингофский приют	–	65	1149	–	–	–	1153	–
1872	Временная лечебница при Исправительном заведении переименована в больницу св. Николая Чудотворца и увеличена	135	–	1284	–	–	–	–	–
1872	Частное заведение д-ра Шульца перешло к д-ру Фрею и увеличено	15	–	1299	–	–	–	–	–
1873	Закрыто отделение при Обуховской больнице	–	34	1265	–	–	–	–	–
1873	При больнице св. Николая Чудотворца увеличено	35	–	1300	–	–	–	–	–
1876	Учреждение городского приюта на	50	–	1350	–	–	–	–	–

Окончание таблицы

Годы открытия кроватей		Кровати			Население в Петербурге	Число населения на одну кровать	Население Петербургской губ.	Число этого населения на одну кровать	Годы переписи населения
		открыто	закрыто	осталось					
от 1877 до 1880	В Мариинской уткинской богадельне содержалось около	65	–	1415	–	–	–	–	–
1880	В доме призрения Государя Императора увеличено мест	100	–	1515	–	–	–	–	–
1880	Открытие приюта «Иммануил»	10	–	1525	–	–	–	–	–
1881	Учреждена временная М. охтинская больница	170	–	1695	928 016	548	–	–	1881
1882	Закрыта Мариинская Уткинская богадельня	–	65	1630	–	–	–	–	–
1883	Учреждена Б. охтинская богадельня	175	–	1805	–	–	1 618 614	896	1883
1885	Открыто частное заведение д-ра Маляревского	10	–	1815	–	–	–	–	–
1884	В М. охтинской б-це увеличено	35	–	1850	–	–	–	–	–
В 1882–1884	Открыто при загородной больнице арестантское отделение	30	–	1880	–	–	–	–	–
	Увеличено число призреваемых:								
К 1884	а) в загородной больнице	70	–	1950	–	–	–	–	–
	б) в городском приюте	20	–	1970	–	–	–	–	–
	в) в больнице св. Николая Чудотворца	15	–	1985	–	–	–	–	–
	г) в военных госпиталях	5	–	1990	–	–	–	–	–
	В частных заведениях:								
	а) у д-ра Фрея	10	–	2000	–	–	–	–	–
	б) у д-ра Лоренца	5	–	2005	–	–	–	–	–
	в) в приюте «Иммануил»	15	–	2020	–	–	–	–	–
	г) у д-ра Маляревского	16	–	2035	947 500	465	–	–	1884
1885		–	–	–	–	–	1 646 057	808	1885

Это составляет по отношению к населению С.-Петербурга с пригородом, вычисленному для 1884 года[38], в 947 500 жителей 1 кровать на 466 жителей, а по отношению к населению всей губернии в 1 646 057 жителей[39] 1 кровать на 808 жителей.

Как видно, до этого результата призрение помешанных в С.-Петербурге дошло медленно. Действительно, начиная с 1779 года, т. е. с основания первого дома для умалишенных, до 1855 года, т. е. за 76 лет, в столице было открыто постепенно 352 кровати для помешанных или, иными словами, ежегодно прибывало 4,63 кровати; таким образом, в это время 1 кровать приходилась, как видно из прилагаемой таблицы, на 1395 жителей столицы и на 3076 населения всей губернии. С этих пор до начала 1866 года было открыто еще 484 места для душевнобольных, или ежегодно увеличивалось число кроватей на 40,3 и составляло к этому времени уже 1 кровать на 646 жителей столичного населения и 1 на 1386 жителей всей губернии. С начала 1866 по конец 1884 года было открыто 1199 кроватей, или в течение 19 лет ежегодно прибывало 63,1 кровать, а всего к этому времени было вышеприведенное число и отношение кроватей к населению (см. таблицу).

II

СОВРЕМЕННОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ПРИЗРЕНИЯ ПОМЕШАННЫХ В С.-ПЕТЕРБУРГЕ И ЕГО ГУБЕРНИИ И В КАКОМ РАЗМЕРЕ ОНО ДОЛЖНО БЫТЬ РАСШИРЕНО?

В первой части настоящего труда мы привели краткую историю призрения помешанных в С.-Петербурге со времени устройства первого дома для помешанных до конца 1884 года, когда 1 сентября состоялась передача больничных учреждений ведомства Попечительного совета в заведывание городского общественного управления. Теперь мы исследуем современное положение дела призрения помешанных в столице, имея в виду главным образом задачи, лежащие на обязанности общественного городского управления.

Из переданных городу больниц и богаделен только больница св. Николая Чудотворца была исключительно предназначена для помешанных и вмещала около 320 душевнобольных, и в городских богадельнях призревалось

[38] Цифра эта получается из данных переписи за 1881 год, по которой числилось 928 016, и из счисления жителей столицы с пригородом 15 декабря 1888 года в 975 368, что составляет прирост в 7 лет 47 262 или в 6500 ж. ежегодно.

[39] Сборн. свед. по России. 1884–1885 гг.

около 150 неизлечимых помешанных. Кроме того, город располагает еще своим приютом для первоначального призрения помешанных, в котором к этому времени находилось около 70 больных. Следовательно, город имел на своем попечении всего 540 душевнобольных.

Но вслед же за передачею городу больниц и богаделен Попечительного совета и иные ведомства, которые до этого времени содержали больных разного рода, в том числе и умопомешанных, в силу возложения всего больничного дела на обязанность города, уведомили Городское управление, что их больничные учреждения подлежат упразднению, а больные и призреваемые должны быть приняты городом. По отношению к умалишенным, городу пришлось принять больных, находившихся к тому времени в числе 380 в обеих богадельнях на Большой и Малой Охте, и 170 помешанных, в числе прочих призреваемых в бывшей временной загородной больнице. Администрация больницы «Всех Скорбящих» тоже в это время заявила, что в этой больнице 50 мест занято хроническими больными, числящимися состоящими в распоряжении Министерства внутренних дел и содержащимися за счет сумм бывшего приказа общественного призрения, и потому долженствующими теперь перейти на призрение от города. Но так как плата за этих 50 хроников, 15 тысяч в год, потребованная названной больницей, оказалась очень высокой, городское управление сочло себя вынужденным перевести всех этих больных из больницы «Всех Скорбящих» в свои собственные учреждения.

Итак, к началу 1885 года город должен был призревать душевнобольных, бывших:

в больнице св. Николая Чудотв. в числе около	320
во временном городском приюте	70
в городских богадельнях	150
в обеих Охтинских богадельнях	380
в загородной временной больнице	170
и подлежавших выводу из больницы «Всех Скорбящих»	50
Всего около	1140 больных

Для выполнения такой обязанности город немедленно арендовал бывшую временную загородную больницу и удержал за собою обе Охтинские богадельни, а затем предпринял ряд переустройств и приспособлений для возможно правильного распределения всех своих призреваемых. В этом направлении для призрения умалишенных признано было возможным приспособить всю загородную больницу только для этого рода больных. Их можно было тогда же поместить там несколько более 500. Из Охтинских богаделен только Малоохтинская была предназначена к занятию умалишенными, в числе 220 женщин: помещения же на Большой Охте должны были быть освобождены от душевнобольных и предназначались для хроников иных категорий. С другой стороны, бывший городской приют, давно

уже признанный непригодным к содержанию душевнобольных, предполагался к упразднению, а взамен этого в больнице св. Николая Чудотворца было увеличено число мест на 50 больных, с тем чтобы все свежезаболевающие душевнобольные и вообще направляемые к призрению непосредственно принимались этою больницею.

Таким образом, в начале 1885 года город располагал:

в больнице св. Николая Чудотворца	—	360 местами
в больнице св. Пантелеймона (бывш. Загородн.)	—	520
в Малоохтинской богадельне	—	220
в городских богадельнях	—	150
Всего	—	1250 местами

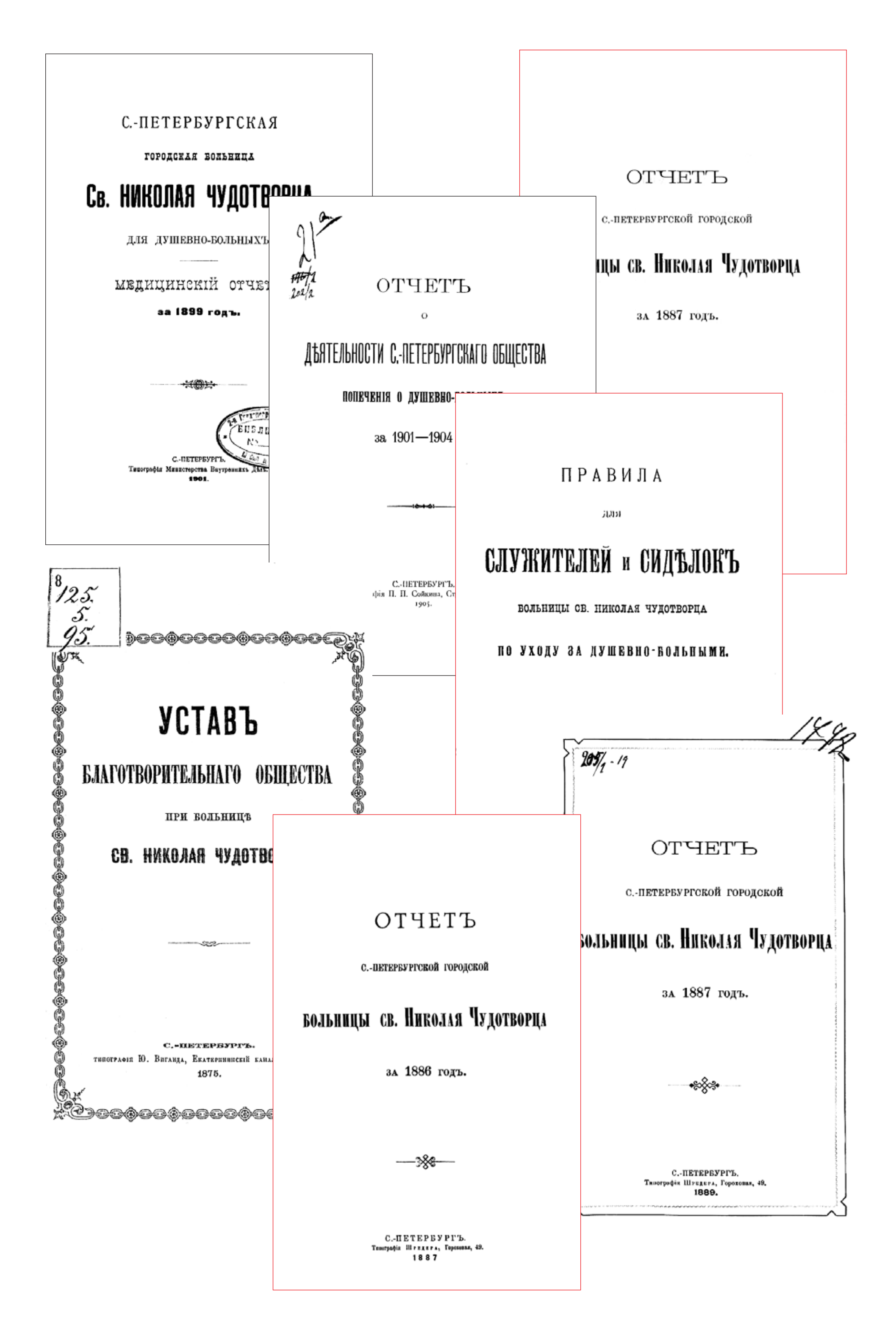
Но на самом деле это было не сразу приведено в исполнение. Главное затруднение в данном случае состояло в том, что здания бывшей загородной больницы, к тому же принятой городом зимой, находились в таком состоянии, что некоторые из них не могли быть обитаемы без капитального ремонта, так что лишь к концу 1885 года можно было занять почти все корпуса больницы. До этого же приходилось в излишке держать больных в других учреждениях, причем прием новых больных часто был весьма затруднителен, отлагался, или даже просто приходилось отказывать больным. Таким образом, несмотря на существовавший штат мест для умалишенных в городских учреждениях и несмотря на то, что к концу 1885 года в больнице св. Пантелеймона было уже 496 занятых мест, за весь 1885 год в среднем числе город содержал во всех своих учреждениях для умалишенных, в том числе и в богадельнях, 1131 больных, т. е. не только не увеличил число призреваемых помешанных, а даже в среднем на 9 человек содержал меньше, и только к концу 1885 года всех призреваемых уже было больше, а именно к 1 января 1886 года налицо состояло 1178 занятых кроватей.

Такое положение дела побуждало больничную комиссию (состоящую при спб. Городской управе) найти способ увеличения числа мест для вновь заболевающих путем высылки на родину тех из призреваемых, которые бы оказались не имеющими права на призрение от города, как, напр., многие из лиц, не принадлежащих к коренным жителям столицы или ее губернии. Но факты вскоре показали маловажность этой меры и даже несбыточность ее. При ближайшем изучении этого вопроса оказалось, что лиц, несомненно не имеющих права на призрение от г. Петербурга в городских учреждениях для умалишенных, весьма мало. Так, число их достигает едва 8–9%, из которых половина уплачивает довольно значительную плату за свое содержание в качестве пенсионеров, и потому едва 5% инородных пользуется за счет городской казны. Но если даже допустить, что все 8–9, даже 10% общего числа призреваемых подлежали бы высылке, то в отношении

половины всех их эта мера не могла бы быть осуществимой по роду самой болезни их, не позволяющему, без опасности для них самих, переезда на дальние расстояния. Наконец, опыт показал, что мера эта, примененная в некоторых редких, подходящих случаях, оказалась практически часто неосуществимой по недостаточности документов, по отсутствию родных на родине и по другим самым разнообразным причинам. Бывали и такие примеры, что водворенные на родину на средства больницы вновь возвращались в столицу и вновь помещались в ту же больницу. Таким образом, при существующем порядке вещей эвакуация больных не петербургских жителей не может быть рассматриваема как мера, сколько-нибудь могущая иметь практическое применение для освобождения мест в городских учреждениях для душевнобольных.

Другая мера, направленная к возможно большему освобождению мест, занимаемых хрониками, а этим путем и способствующая возможно большему приему вновь поступающих больных, была централизация приема больных в одной больнице (в больнице св. Николая Чудотворца) и систематическая эвакуация больных между отдельными городскими учреждениями. Эта мера дала значительный практический результат, так как в больнице св. Николая Чудотворца чаще открывались места для острых больных, которые короче оставались в больнице и своим скорым выходом из больницы облегчали доступ новым больным.

Кроме того, больница св. Николая Чудотворца, получив право, а впоследствии даже обязанная непосредственно принимать направляемых в нее душевнобольных, стала применять новый способ выписки многих хроников и конвалесцентов. Оказывается, что очень многие хроники, долго оставаясь на свободе, среди здоровых, по временам приходят в состояние, неудобное для такого их пребывания на попечении родных, но при общем недостатке мест в столице не могут быть вовремя помещены в какую-либо больницу. Нередко за это время как и сами больные, предоставленные различным случайностям, так и окружавшее претерпевают очень много неудобств и несчастий. Неудивительно поэтому, что родные подобного больного, раз уже помещенного в какую-либо больницу, несмотря на значительное улучшение в состоянии его здоровья и уверения врача в совершенной его безопасности, не желают рисковать еще раз всем тем, что они уже имели случай испытать, и не решаются брать из больницы. Между тем нового приступа может и не последовать, или до этого может протечь неопределенно много времени — год, два, и не будь у родных страха за совершенную беспомощность в случае необходимости нового помещения в больницу, они бы охотно его призревали сами. А в течение годичного отсутствия одного хроника могло бы несколько острых найти себе приют и излечение. Точно также нередко бывают случаи выздоровлений, протекающих довольно долго, и притом таких, когда выздоровление могло бы окончиться



С.-ПЕТЕРБУРГСКАЯ
ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА
Св. НИКОЛАЯ ЧУДОТВ
ДЛЯ ДУШЕВНО-БОЛЬНЫХЪ
МЕДИЦИНСКІЙ ОТЧЕТ
за 1899 годъ.
С.-ПЕТЕРБУРГЪ.
Типографія Министерства Внутреннихъ Дѣлъ.
1901.

ОТЧЕТЪ
о
ДѢЯТЕЛЬНОСТИ С.-ПЕТЕРБУРГСКАГО ОБЩЕСТВА
ПОПЕЧЕНІЯ О ДУШЕВНО-
за 1901—1904
С.-ПЕТЕРБУРГЪ.
фія П. П. Сойкина, Ст
1905.

ОТЧЕТЪ
С.-ПЕТЕРБУРГСКОЙ ГОРОДСКОЙ
ицы св. Николая Чудотворца
за 1887 годъ.

ПРАВИЛА
для
СЛУЖИТЕЛЕЙ и СИДѢЛОКЪ
БОЛЬНИЦЫ СВ. НИКОЛАЯ ЧУДОТВОРЦА
ПО УХОДУ ЗА ДУШЕВНО-БОЛЬНЫМИ.

УСТАВЪ
БЛАГОТВОРИТЕЛЬНАГО ОБЩЕСТВА
ПРИ БОЛЬНИЦѢ
СВ. НИКОЛАЯ ЧУДОТВ
С.-ПЕТЕРБУРГЪ.
ТИПОГРАФІЯ Ю. ВИГАНДА, ЕКАТЕРИНИНСКІЙ КАНА
1875.

ОТЧЕТЪ
С.-ПЕТЕРБУРГСКОЙ ГОРОДСКОЙ
БОЛЬНИЦЫ СВ. НИКОЛАЯ ЧУДОТВОРЦА
за 1886 годъ.
С.-ПЕТЕРБУРГЪ.
Типографія Шредера, Гороховая, 49.
1887

ОТЧЕТЪ
С.-ПЕТЕРБУРГСКОЙ ГОРОДСКОЙ
больницы св. Николая Чудотворца
за 1887 годъ.
С.-ПЕТЕРБУРГЪ.
Типографія Шредера, Гороховая, 49.
1889.

успешнее вне больницы, дома, у родных; но очень часто родные таких конвалесцентов, тоже напуганные беспомощностью при начале заболевания и не вполне проникаясь уверением врача, предпочитают оставлять больных в больнице до окончательного излечения и даже требуют удерживать их в больнице, как бы в виде опыта, еще более или менее неопределенное время. Вот в отношении подобных случаев городские больницы теперь могли принять довольно полезную меру. Так, больница св. Николая Чудотворца, имея право сама принимать больных, входит в сношение с родственниками вышеупоминаемых хроников или конвалесцентов и предлагает им брать на свое попечение, с условием, что при малейшем поводе или даже при одном желании родных больные их будут обратно принимаемы без затруднений. На деле оказалось, что на этих условиях родные стали брать своих больных чаще, возврат же подобных больных оказывается редким и не скорым. И действительно, такая мера много способствовала усилению обмена больных в больнице.

Тем не менее, все эти меры не могли вполне помочь делу. Наплыв больных в городские больницы был более значительный, чем имелось средств к удовлетворению его.

Так, мы видим, что с 1880 по 1883 год в больницу св. Николая Чудотворца было принято последовательно в каждый год 321, 244, 217, 199 больных, и в то же время полицейскими приемными покоями принято 534, 545, 506 и 534 больных, из которых, однако, в больницу св. Николая Чудотворца было помещено в соответствующие годы 123, 62, 38 и, наконец, 37 больных. За время же, ныне нами рассматриваемое, с 1885 по 1887 год, в каждый последовательный год одна больница св. Николая Чудотворца приняла 622, 658 и 694 больных, из которых в соответственные годы в нее поступило из приемных полицейских покоев 228, 354 и 411 больных.

Естественно, что при таком ходе дела вопрос о призрении помешанных делался все настоятельнее. Больничная комиссии представляла Думе о положении этого вопроса, и по постановлению Думы при больничной комиссии была образована субкомиссия для всестороннего изучения этого вопроса и изыскания мер к разрешению его наиболее удовлетворительным образом.

Но эти меры, конечно, могли быть осуществлены очень не скоро, а затруднения призрения помешанных являлись в действительности ежедневно. Нужно было что-либо делать немедленно. Ввиду задач, возложенных на упомянутую субкомиссию, больничная комиссия не могла решиться на сколько-нибудь капитальное, по размерам и другим сторонам, новое сооружение, опасаясь большого расхода на временное дело. Приходилось ограничиться уже поистине временными мерами.

Так, в 1886 году было найдено возможным прибавить в больнице св. Николая Чудотворца еще 50 кроватей к раньше уже прибавленным;

и из временных они были переименованы в постоянные места, так что уже весь 1887 год в больнице св. Николая Чудотворца штатное число кроватей было 410.

Но так как в больнице св. Николая Чудотворца уже и без того больные были распределены теснее, чем бы это следовало, то во избежание дальнейшего очевидного стеснения решено было разместить эти новые кровати не в главном здании, а в одном из существующих при больнице деревянных бараков, в котором до этого помещались больные лишь летом. Барак этот был капитально ремонтирован, сделан обитаемым зимой, и в нем с этих пор круглый год помещается около 60 больных. В конечном результате эта прибавка 50 мест оказалась номинальной, на деле она дала возможность увеличить контингент призреваемых на меньшее число, ибо этою частною мерой вся больница все-таки была значительно стеснена, так как с обращением этого барака в постоянное местопребывание больных больница, вместе с тем, была лишена летнего помещения для перевода больных на время ремонта главного здания — и с этих пор ремонт производится медленнее, во все это время больных переводят из двух отделений в одно и по очереди перемещают их из одной части его в другую, а тем временем во все лето прием новых больных делался затруднительнее. Больные в ожидании мест в больнице накоплялись в приемных полицейских покоях, иногда даже помещались в общих больницах, а осенью, при законченном ремонте, в излишке прибывали в больницу и переполняли ее, стесняя других. От этого не только самое размещение больных делалось неправильным, но и число призреваемых было значительно меньше, чем по штату больницы допускалось. Мы уже выше указали на такую разницу за 1885 год, и в 1886 году замечается то же самое: при штатном числе в 1250 в городских больницах и богадельнях в среднем выводе содержалось ежедневно лишь 1198; в 1887 году в больнице св. Николая Чудотворца при штате в 410 в среднем призревалось 399. И это, конечно, зависело не от недостатка больных; напротив, больница ежедневно осаждалась требованиями на места, принимала всегда по известной очереди и никогда не была в состоянии удовлетворить всех предъявленных требований. Этот недочет падает всецело на летнее время — на временную приостановку или уменьшение приема больных. Штатное же число больных во всех городских заведениях для умалишенных доведено до такой тесноты, что в них больше содержать больных, хотя бы временно, не представляется никакой возможности. Таким образом, оказывается, что в зимнюю половину года все больницы заполнены в комплектном числе кроватей, а в летнюю — в значительно меньшем числе; в итоге же оказывается, что город располагал круглый год меньшим числом мест, чем таковых считалось.

Неудивительно, что такая прибавка 50 мест очень скоро оказалась недостаточной. Еще не успели отремонтировать упомянутый барак, как вновь предвиделась необходимость дальнейшего увеличения числа мест.

Случай помог. Мы выше видели, что при бывшей загородной больнице было учреждено главным тюремным управлением отделение для испытуемых и для арестантов душевнобольных, рассчитанное на 50 больных, но в котором постоянно содержалось не более 30. С переходом загородной больницы в ведение города арестантское отделение продолжало существовать на прежних условиях, с установлением лишь с городским ведомством тех отношений, какие прежде существовали с управлением, заведовавшим бывшей больницей. Вскоре затем главное тюремное управление нашло для себя более удобным просить городское управление взять на себя всецело заведывание и содержание арестантского отделения на определенных условиях, с тем даже, что это отделение может быть выведено из занимаемого помещения в больницу св. Николая Чудотворца, а здания, бывшие занятыми этим отделением, могли бы поступить в полное распоряжение города. Ввиду того, что означенные помещения занимали 2 барака, и что в каждом из них можно было свободно помещать по 50 больных, такое предложение главного тюремного управления оказалось весьма удобным случаем к увеличению числа мест для душевнобольных, призреваемых городом. Проект этот был осуществлен в декабре 1887 года, в кратких словах, следующим образом: отделение для арестантов было открыто на 30 человек в больнице св. Николая Чудотворца, но ввиду необходимости отвести этим 30 арестованным отдельное от прочих больных место представилось необходимым во всей больнице уменьшить общее число больных. Таким образом, взамен 30 арестантов из больницы было выведено 60 лиц свободных состояний, т. е. в больнице св. Николая Чудотворца общее число больных с 410 понизилось до 380; но зато в больнице св. Пантелеймона оказалось возможным прибавить 100 больных, и после оконченного ремонта упомянутых выше двух бараков в этой больнице увеличено число мест до 620.

Следовательно, в настоящее время город имеет:

в больнице св. Николая Чудотворца	— 380 больных
в больнице св. Пантелеймона	— 620
в Малоохтинской богадельне	— 220
в городских богадельнях	— 150
Всего	— 1370 больных

Несмотря на то, что на обязанность города было возложено содержание такого большого числа душевнобольных, в столице не перестали существовать некоторые другие учреждения для них, хотя характер их деятельности, цель, ими преследуемая, были отчасти особенные. Во всяком случае, эти заведения существовали и в свою очередь подвергались за эти 4 года некоторым переменам. Так, в больнице «Всех Скорбящих», за выводом городом 50 больных, стали немедленно еще уменьшать число больных и постепенно дошли до штатного числа в 250 мест.

В доме призрения Государя Императора открыто новое отделение на 60 идиотов и слабоумных детей.

В прочих учреждениях, т. е. военных госпиталях и в частных заведениях, не произошло перемен в количественном отношении, и таким образом в настоящее время, т. е. к концу 1888 года, имеется:

в заведывании города	—	1370 мест
в больнице «Всех Скорбящих»	—	250
в больнице Государя Императора	—	280
в 2 военных госпиталях	—	200
в частных заведениях около	—	145
Всего	—	2245 мест,

т. е. всего на 210 больше против того, что было в конце 1884 года; иными словами, ежегодный прирост числа открываемых мест выражается 52 кроватями, что, по сравнению с цифрами из обзора постепенного увеличения числа кроватей за 20 лет до 1884 года, когда оно выражалось ежегодною прибылью 63 кроватей, представляет чувствительное уменьшение средств к призрению помешанных в столице.

Обратимся теперь к разрешению вопроса: в какой мере при имеющихся средствах можно удовлетворить предъявляемым жизнью требованиям на призрение умалишенных?

Считая население С.-Петербурга с пригородом, согласно счислению, произведенному 15 декабря 1888 года, в 975 368, общее число кроватей для помешанных в 2245 составляет 1 кровать на 434 жителя.

Но так как, на основании положения о приказе общественного призрения, столичные учреждения для помешанных в С.-Петербурге равным образом должны служить и для населения губернии его, которое, вместе со столицей, по переписи 1885 года[40] оказалось в 1 646 057 лиц обоего пола, то из вышеприведенного общего числа всех кроватей для помешанных 1 кровать придется на 733 жителя.

Однако этим еще не исчерпывается значение вышеприведенной цифры общего числа кроватей для умалишенных С.-Петербургской губернии. Мы уже видели, что эта цифра заключает в себе две большие группы их, одна составляет 1370 кроватей, содержимых городом; другая же составляет 875 кроватей, содержимых иными ведомствами и лицами.

Рассматривая назначение этих негородских учреждений, состав больных, в них призреваемых, и движение больных, мы легко убедимся, что они не могут идти в счет учреждений, помогающих городу в деле призрения помешанных. Эти учреждения исключительно столичные и удовлетворяют требованиям общегосударственным или узкоспециальным.

---

[40] Статист. Росс. Имп. Сборн. сведений за 1884–85 гг.

Так, больница «Всех Скорбящих», освободив себя от больных, содержавшихся в ней за счет приказа общественного призрения, больше таких почти не принимает. Да и вообще прием в ней самый незначительный. Так, за последние три года она приняла: в 1885 году — 22 больных, в 1886 — 43 больных, в 1887 — 65 больных, и в этом числе петербургских жителей и губернии было принято последовательно в каждый год 13, 26, 40, т. е. из 130 больных, поступивших за 3 года, лишь 79 было таких, которых должны были призревать городские учреждения. К тому же следует заметить, что большинство этих петербургских обывателей составляется из лиц, направляемых туда с.-петербургским земством, которое вошло в особое соглашение с администрацией больницы и открыло в ней за свой счет 15–20 мест. Но в обычном порядке вещей земство не имело бы основания входить в такие условия и должно было бы размещать своих больных по мере надобности в одной из городских больниц, на общем основании с столичными обывателями.

Дом призрения Государя Императора для хронических умалишенных тоже принимает по исключительному своему усмотрению. Обмен в нем незначителен, и состав призреваемых указывает на привилегированность их, — так, в него поступило в 1885 году всего 88 больных, в том числе обывателей Петербурга только 35, в 1886 году поступило 88, из них петербургских обывателей 37, и в 1887 году принято 62 больных, из них петербургских лишь 25; следовательно, за все 3 года туда поступило петербургских обывателей 97 человек.

Военные же госпитали, клиника и Николаевский госпиталь и исключительно удовлетворяют требованиям военного округа и скорее служат контингентом увеличения числа больных в городских больницах, ибо военные хроники, если даже и не принадлежат к числу уроженцев Петербурга и его губернии, но по состоянию своей болезни не могут быть отправляемы на дальние расстояния, помещаются в ближайших городских больницах.

Частные же заведения, которых вообще немного, тоже мало содействуют городу.

Заведения «Иммануил» и д-ра Маляревского служат совершенно отдельным целям и назначены почти исключительно для лиц, дорого оплачивающих содержание питомцев этих заведений.

Два же частные заведения, д-ра Фрея и д-ра Нижегородцева, на 70–80 больных, наполовину заполняются приезжими из отдаленных концов России и могут быть принимаемы в расчет городских средств лишь в незначительной мере.

В общем мы будем очень недалеки от истины, если из всех приведенных заведений отчислим кроватей 30 к числу всех остальных городских, и последних будем считать, в круглой цифре, 1400.

При таком общем числе кроватей мы получаем 1 кровать на 696,6 жителя столицы, или, правильнее, 1 кровать на 1175 жителей всей губернии.

Эти цифры служат кратким выражением положения дела призрения помешанных в С.-Петербурге и его губернии, и как мы только что видели — положения, не удовлетворяющего насущным требованиям будничной жизни.

Чтобы еще более убедиться в этом, а главное, чтобы уяснить себе, в каком же размере город должен предпринять усиление средств для призрения помешанных, мы обратимся к исследованию этого вопроса, поскольку он разрешен в некоторых других государствах, опередивших нас в этом деле статистики помешанных[41].

Хотя общий вывод (заимствуем некоторые данные из известного сочинения Koch´а из этой таблицы, см. ниже) дает отношение 2,12 случая душевного заболевания на 1000 жителей, но из разбора некоторых особенностей этой таблицы нетрудно убедиться, что мы должны иметь в виду значительно большее отношение.

Действительно, все цифры, здесь приведенные, показывают минимум, а не максимум, отношения душевнобольных к здоровому населенно. Так, мы видим:

1. Некоторые из самых низких цифр падают на долю таких данных, которые относятся к сравнительно более отдаленному времени, когда, как известно, и сбор статистических сведений, и самое распознавание и классификация душевных болезней, все это было менее совершенно. Сюда относим сведения от 1860 года из Сев. Америки, по которым там числилось в то время 1,37 больных на 1000 человек жителей[42], и от 1868 года в Бельгии, где числилось 1,68 на 1000. Такое наше мнение находит себе еще и то подтверждение, что в это же время, а именно в 1865 году, Норвегия считала у себя 3,05 на 1000 жителей — страна, в которой, как известно, статистические сведения с весьма давних пор собирались самым точным образом.
2. Все самые многолюдные государства, а именно, Франция, Италия, Пруссия, Австрия, Венгрия, имеющие от 15 до 36 миллионов народонаселения, в 1870–1873 годах считали у себя от 1,46 до 2,44 помешанных на 1000 жителей; из этой группы только Великобритания с Валлисом, при 22-миллионном населении, считала у себя 3,04 помешанных на 1000 жителей. Это указывает тоже на несовершенство статистических регистраций в этом деле, когда оно должно относиться к очень большим массам народонаселения и пространства. Исключение, представляемое

[41] Dr. S. L. A. Koch. Zur Statistik der Geisteskrankheiten in Wurtemberg u. der Geisteskrankheiten uberhaupt.

[42] В 1885 году, по свед., собр. H. Tuke’ом, 1 умалишенный уже приходился на 545 жителей.

Страны счисления	Год счисления	Народо-население	Душевнобольных		
			общее число	1 приход. на жител.	на 1000 жителей приходится
Вюртемберг	1875	1 836 218	7758	237	4,22
Пруссия	1871	24 643 623	55 043	448	2,23
Бавария	1871	4 852 026	12 029	403	2,48
Саксония	1875	2 760 586	6091	453	2,21
Баден	1873	1 484 370	3974	374	2,68
Австрия	1873	20 727 164	30 333	683	1,46
Тироль	1872	779 962	2211	352	2,84
Венгрия	1870	15 509 455	31 611	491	2,04
Швейцария	1870	2 669 147	7764	344	2,91
Кант. Берн	1871	506 465	2804	181	5,54
Италия	1871	26 801 154	44 102	608	1,65
Франция	1872	36 102 921	87 968	410	2,44
Бельгия	1868	4 879 791	8240	594	1,68
Голландия	1876	3 767 263	5747	656	1,53
Дания	1870	1 784 741	3884	460	2,18
Швеция	1870	4 168 525	8990	464	2,16
Норвегия	1865	1 701 756	5195	328	3,05
Англия и Валлис	1871	22 712 266	69 019	329	3,04
Шотландия	1871	3 360 018	11 413	294	3,40
Ирландия	1871	5 412 377	16 505	328	3,05
Сев. Амер. Соединен. Штаты	1860	31 443 295	42 976	732	1,37
ВСЕГО		217 920 026	463 667	–	2,12

Англией, подтверждает это потому, что в этом отношении эта страна раньше других своих соседей стала точно регистрировать этого рода данные, и притом обнимает хотя и большое народонаселение, но поселенное на сравнительно очень малой территории.

3. Наконец, во всех государствах небольших, за исключением лишь Голландии, в которой это отношение обозначено 1,53 на 1000, это отношение значительно выше и колеблется между 2,16 и 5,54, всего же чаще держится около 3 на 1000.

Таким образом, мы не отклонимся от действительности, если примем, что самое правильное отношение числа помешанных и слабоумных к данному населению в Европе должно быть не ниже 3 на 1000 жителей. В этом нас убеждает и то обстоятельство, что число душевнобольных постепенно увеличивается. Это зависит, по нашему мнению, главным образом от более точного диагноза, от распространения веры в возможность излечения, и потому более частого обращения за пособием, и таким образом в результате, от более точной регистрации случаев душевного заболевания. И в самом деле, вот что показывают нам статистические сведения (заимствуем из вышецитированного сочинения Koch'a): в 1825 году в Нидерландах считался 1 умалишенный на 1332 жителя, а в 1876 году — 1 на 656; во Франции в 1835 году — 1 на 2016 жит., а в 1872 году — 1 на 410; в Бельгии в 1835 году — 1 на 816, а в 1868 — 1 на 594; в Швеции в 1855 году — 1 на 935, а в 1870-м — 1 на 464; и только в Англии в 1859 году — 1 на 536, а в 1876-м эта цифра повысилась лишь как 1 на 373, а еще меньшее изменение замечается в Норвегии, где с 1825 года отношение 1 на 555 через 40 лет, а именно, в 1865 году выразилось как 1 на 328. Вообще же все эти цифры указываюсь на прогресс в науке, в статистике, в способах и размерах призрения душевнобольных, но отнюдь не свидетельствуют об усилении болезни, учащении случаев помешательства. В самом деле, что бы было, если бы прогрессия случаев помешательства возрастала с такою быстротой, как бы можно было заключить из одностороннего сопоставления вышеприведенных цифр, которые показывают, например, что во Франции в 35 лет с небольшим частота сумасшествия увеличилась в 5 раз, или даже хотя бы как в Нидерландах, где в 50 лет она только удвоилась и т. д.

Но и за всем тем есть данные, который позволяюсь утверждать, что помимо указанных источников увеличения числа помешанных на это влияет неоспоримо и факт самого учащения этой болезни. Правда, такая прибыль идет гораздо медленнее, чем вышеприведенная, но ее нельзя вполне игнорировать.

Как доказательство этого, я укажу на такие сведения, которые касаются страны, где статистика по этому отделу доведена до самой большой точности и ведется уже с давних пор. Такие данные, прежде всего, касаются Англии. Мы уже видели, как росло отношение помешанных к здоровому населению в этой стране с 1859 по 1876 год. Мы думаем, что такое все-таки громадное увеличение в 16–17 лет и для Англии должно быть приписано не вполне еще точной в то время регистрации данных этого рода.

Действительно, дальше мы видим из позднейших отчетов, что вместо прежнего быстрого повышения этот процент продолжает повышаться совершенно по иному типу. Так, из 41-го и 42-го отчетов комиссионеров по призрению душевнобольных[43] мы видим, что 1 душевнобольной приходился: в 1878 году на 365 жителей, в 1879 — на 363, в 1880 — на 361, в 1881 — на 356, в 1882 — на 352, в 1883 — на 348, в 1884 — на 345, в 1885 — на 345, в 1886 — на 347, в 1887 — на 349, в 1888 — на 346 жителей.

Как бы то ни было, какие бы причины ни действовали на увеличение числа помешанных, но для нас, в виду задачи определить размеры, до которых должно возрасти призрение помешанных, важно констатировать, что число это постоянно возрастает.

Мы приводим ряд цифр, взятых нами из статистики разных стран, доказывающих это с очевидностью.

В Англии, где все помешанные страны призрены и сосчитаны, и где мы уже видели прогрессию учащения помешательства, абсолютное число мест для призревавшихся помешанных всех категорий возрастало следующим образом: в 1883 году — 76 765 мест, в 1884 — 78 528, в 1885 — 79 704, в 1886 — 80 156, в 1887 — 80 891, в 1888 — 82 643[44] мест.

Во Франции, где тоже регистрация душевнобольных с давних пор ведется самым точным образом, число призреваемых помешанных постепенно из года в год увеличивается, так: в 1876 году в государств. и частн. завед. имелось 44 005 мест для душевнобольных, в 1877 — 45 326, в 1878 — 46 166, в 1879 — 46 912, в 1880 — 47 558, в 1881 — 48 813, в 1882 — 49 008, в 1883 — 50 418 мест для душевнобольных[45].

В частности, для Парижа число мест для помешанных, в нем призревавшихся, возрастало следующим образом, как это видно из сведений, помещенных в официальном отчете по призрению помешанных сенским департаментом в 1887 году[46]. Мы заимствуем из 6-й таблицы числа, указывающие общее число пользованных и призреваемых департаментом душевнобольных, как в собственных учреждениях департамента, так и в заведениях других департаментов, с коими парижское городское управление входит в особые соглашения. Сведения эти обнимают собой 20-летний период времени с 1867 по 1887 год, а именно:

---

[43] The 41 and 42 reports of the commissionners in lunacy (The journ. of ment. science. 1888–1889).

[44] Цифры эти почерпнуты из отчетов комиссионеров, помещаемых в Journal of mental science, 1884–1889.

[45] Annales med.-psycholog.

[46] Rapport sur le servi ce des alienes du departement pe la Seine pendant l'annee 1887. Paris 1888.

Год	Всего находилось в пользовании в течение года	Среднее число ежедневно занятых мест
1867	7805	5565
1868	8366	5935
1869	8500	6150
1870	8841	6148
1871	8714	6152
1872	8608	6329
1873	9271	6669
1874	9359	6691
1875	9643	7164
1876	9867	7183
1877	9978	7373
1878	12 899	7487
1879	13 431	7655
1880	13 734	7723
1881	14 520	7913
1882	15 047	8165
1883	16 030	8498
1884	16 511	8989
1885	17 201	9379
1886	16 656	9717
1887	18 445	10 100

В Германии[47], где меньшая половина душевнобольных находится на призрении в государственных или частных заведениях, большая же часть находится вне общественного контроля, пользовалось: в 1877 году — 40 202 душевнобольных, в 1878 — 43 508, в 1879 — 45 914, в 1880 — 47 102, в 1881 — 49 991, в 1882 — 52 813 душевнобольных.

В среднем за означенное время во всем государстве один призреваемый приходился на 859 жителей, число же мест для этого в 1877 году было 31 297 и постепенно увеличилось к 1882 году до 40 068.

В Голландии[48] общее число призреваемых душевнобольных:

в 1844 году было 973, что при 2 988 172 жителях составило 1 больного на 3071 жит., в 1860 — 1 на 2133, в 1880 — 1 на 4829;

[47] Krankheitsstatistik in den Heilanstalten fur Gemuthskranke innerhalb des Deutschen Reiches fur die sechs Jahre von 1877–1882. Zeitschr. f. Psych. 1888.

[48] Psychiatrische Bladen, 1883. Annuales med-psycliolog.; Zeitscht. f. Psych. 1888.

в 1882 году 907, что при 4 114 015 жителях составили 1 больного на 4533 жит., в 1885 — 1 на 4843;

в 1886 году 877, что при 4 500 000 жит. составило 1 больного на 5129 жит.

В Италии [49] в 1880 году в 62 государственных и частных заведениях призревался 17 471 умалишенный, что по отношению к населению представляло 1 призреваемого на 1634 жителя.

В Северо-Американских Соединенных Штатах, по сведениям, собранным Tuke'ом [50], в настоящее время 1 умалишенный приходится на 545 жителей, увеличение числа больных растет в размере 5% ежегодно. Из всего числа умалишенных в стране бóльшая половина (55%) находится на призрении.

Из этого, хотя и краткого обзора призрения помешанных в различных государствах явствует одно несомненное явление — повсюду, по мере более раннего обращения внимания на это дело, оно является более развитым. В некоторых государствах, как напр. в Англии, почти все умалишенные сосчитаны и призрены; во Франции, и особенно в сенском департаменте, тоже число призреваемых составляет огромную цифру этих больных, определяемую наличностью более 10 000 мест для Парижа и более 50 тысяч мест для населения всей страны. Другие государства, в которых этот вопрос стал на очередь позже — в Германии, в Италии, в Северо-Американских Соединенных Штатах и в других — замечается из года в год увеличение числа сосчитываемых умопомешанных и рядом с этим расширение размеров их призрения, повсюду почти распространяющееся на половину общего их числа.

Мы бы могли теперь сделать некоторые практические применения добытых данных к разрешению интересующего нас вопроса, но нам кажется необходимым привести некоторые аналогичные сведения, поскольку они могут обнаружить развитие этого предмета в нашем государстве помимо С.-Петербурга.

Обращаясь к нашему отечеству за справками по этому вопросу, мы, к сожалению, встречается с непочатым краем. Оказывается, что мы не имеем даже точных сведений о народонаселении той или другой местности — народной переписи давно не было, с тех пор счет в большинстве местностей и городов ведется посредством справок, административно собираемых. Что касается счета душевнобольных, то этот специальный вопрос еще ни разу не был затронут с общегосударственной точки зрения. Были кое-где лишь отдельные попытки. В самое последнее время д-р Пастернацкий собрал материал, до этого касающийся, в статье, представленной на 1 съезде отечественных психиатров.

---

[49] Billod. Les alienes en Italie. 1884. (Verga. Censimento dei pazzi. 13 dec. 1888).

[50] Hack Tuke. The insane in the United States and Canada. 1885.

Мы заимствуем оттуда некоторые, выдаваемые за более точные, данные. Так:

Губерния	Год	Число больных	1 больной к числу жит.
Пермская	1880	2341	1:1120
Лифляндская	1881	1300 (по нар. пер.)	1:884
Уфимская	?	1500	1:788
Эстляндская	1878	709 (по точн. счисл.)	1:530
Курляндская	1884	591	1:400

В среднем это дает 1 душевнобольного на 544 жителя. В новейшее время, а именно в 1886 году, по поручению московского земства было произведено самое точное счисление наличных умопомешанных в губернии. Труд этот сделан д-ром Архангельским[51]. Оказалось, что, не считая города Москвы, в губернии найдено 1662 душевнобольных. По переписи в Москве в 1882 году числилось 753 469 чел. обоего пола, а во всей губернии со столицей 2 040 978, следовательно, в губернии приходится 1 душевнобольной на 774,6 жит.

Таким образом, мы видим, что статистика умалишенных у нас, в России, составляет предмет, находящийся лишь в начале своего развития, и, как мы это видели на подобном опыте в Западной Европе и в Америке, отвечает вполне этому раннему периоду счисления умалишенных.

Очевидно, что мы не можем руководствоваться данными, в нашем отечестве собранными, и должны скорее придерживаться многостороннего и продолжительного опыта у наших соседей. А приведенная нами история призрения душевнобольных в С.-Петербурге дает некоторые положительные данные в пользу принятия во внимание такого результата Западной Европы. Действительно, мы проследили за целых 100 лет движение призрения помешанных в нашей столице; мы видели, как число кроватей с 0,2 на 1000 жителей столичного населения дошло даже до 2,2 на 1000. Но рядом с этим мы должны указать, что отношение числа мест, кроватей для умалишенных во всем государстве стоит на поразительно низкой степени развития этого дела. Так, по самым последним (1886) точным справкам[52], во всем государстве считалось только 9034 места для душевнобольных, что на 100 000 000 жителей составляет 1 призреваемого на 11 060 жит.

Такое решительное отсутствие способов призрения умалишенных в стране дает в результате усиленный наплыв ищущих помощи в столице, где,

---

[51] Сообщ. д-ра Викторова. Труды 1-го съезда отеч. психиатр. 1887.
[52] Список статей Свод. Зак. Изд. Медицинск. департ. М. В. Д. 1886.

в силу крайней необходимости и сосредоточения больших средств, открываются, по мере возможности, излишние места для удовлетворения не местных потребностей, а для иногородних. Поэтому мы видим, что из всего числа имеющихся в столице мест для помешанных целая треть их вовсе не служит для населения столицы или его губернии. Так, мы видели выше, что из 2245 кроватей лишь 1400 может быть названо городскими и земскими местами, а 845 мест служат совсем другим целям, другому населению.

После всего сказанного уже выясняется довольно определенно современное положение призрения помешанных в С.-Петербурге и его губернии, насколько это касается до ведения общественного городского управления.

В настоящее время город, располагая 1400 местами для умалишенных, по отношению к населению столицы и ее губернии может призревать лишь 1 помешанного из 1175 жителей, и таким образом стоит далеко позади многих других городов и государств Европы, и приведенные выше ежедневные затруднения в помещении больных непризренных находят свое объяснение в этом естественном несоответствии средств с требованием.

Нам остается теперь лишь определить, хотя приблизительно, в каких же размерах следует теперь увеличить число мест как для призрения наличного контингента нуждающихся в этом больных, так и для обеспечения такового на более или менее отдаленное будущее. Мы уже видели, как европейская статистика показывает, что общее число помешанных в стране должно быть рассчитано приблизительно на 3 умалишенных на каждую тысячу жителей. Опыт многих европейских государств показывает, что почти половина помешанных может находиться вне общественного попечения и надзора. Это дает нам право ограничить контингент призреваемых лишь l ½ больного на 1000 жителей народонаселения. Но этим не определяется абсолютное число призреваемых в каждое данное время. Мы видим, что повсюду абсолютное число призреваемых умалишенных быстро возрастало — и видели причины к тому, а именно: 1) более обширное ознакомление народонаселения с благами общественного призрения душевнобольных, поддерживаемое более совершенным развитием учения о душевных болезнях; 2) постепенный прирост народонаселения в стране или в городе, и 3) постепенное, хотя и в незначительной степени, учащение заболевания душевными болезнями. Для нас, в Петербурге, раз мы пожелаем теперь сразу расширить дело призрения помешанных до пределов действительной потребности, первое условие в дальнейшем не встретит затруднения в его осуществлении. Но зато второе условие будет иметь, вероятно, еще надолго важное влияние, настолько важное, что удовлетворением его, быть может, покроются и требования увеличения числа мест в силу третьего условия, действующего значительно медленнее. Действительно, в имеющихся таблицах видно движение населения столицы. Здесь мы обратим внимание на последние 20 лет. В 1869 году в С.-Петербурге числилось 667 963 ж., а теперь, к началу 1889 года оказалось 975 000. Если

в течение 20 лет население увеличилось на 50%, нет никаких оснований думать, что с настоящего времени такое увеличение остановится[53].

Следовательно, в определении размера, в каком город должен явиться на помощь делу помешанных в столице и губернии, следует иметь: 1) основание, вытекающее из наличного населения, и 2) из возможного его прироста. Первое обстоятельство обусловливает необходимость сделать известные сооружения ныне же, удовлетворяющие современным требованиям; второе условие налагает на город обязанность быть дальновидными и, буде окажется к тому возможность, настоящие учреждения устроить с таким расчетом, чтобы с течением времени можно было увеличивать, расширять существующие уже учреждения, не нарушая общего целесообразного плана всего устройства этого дела.

Считая население столицы и губернии по последнему счислению в 1 646 000 ж. и полагая 3 кровати на каждые 2000 жителей, потребуется иметь всего 2469 или в круглой цифре 2500 мест.

Имея же в виду постепенное возрастание населения в 2,5% ежегодно, т. е. около 40 000 жит., нужно иметь в виду увеличение числа мест на 60 в год.

В таких размерах предпринятое призрение помешанных в столице и ее губернии обеспечит это дело на многие годы вперед.

III

ОБЩИЙ ПЛАН ПРИЗРЕНИЯ ПОМЕШАННЫХ В С.-ПЕТЕРБУРГЕ

В предшествующем параграфе мы уже видели, что призрение помешанных в С.-Петербурге и его губернии должно быть рассчитано в размере, обеспечивающем 3 кровати на каждые 2000 жителей наличного населения. Сверх того, помещения для помешанных должны быть так устраиваемы, чтобы с течением времени они могли быть расширены по мере надобности, так как там же было указано, что в течение ближайшего будущего времени можно ожидать ежегодного прироста больных в размере 60 лиц. Во всяком случае, в настоящее время город должен иметь в виду общее количество призреваемых в 2500 больных.

Теперь нам предстоит наметить в общих чертах план призрения вышесказанного контингента душевнобольных.

Под общую рубрику душевнобольных подходят разные их категории:

- Душевнобольные в тесном смысле.
- Слабоумные от рождения и идиоты.

[53] Такая прогрессия сохраняет ту же быстроту и по отношению населения всей губернии; так, в 1867 году в ней числилось 1 160 930 ж., а по переписи 1885 года — 1 646 057.

- Эпилептики (опасные).
- Алкоголики разных видов.
- Некоторые тяжелые нервнобольные.
- Испытуемые по требованиям судебных мест или административных установлений.
- Умопомешанные арестанты.

Все эти категории, в свою очередь, могут распадаться на различные меньшие группы, имеющие свои особенности, требующие и особенных мер в отношении их призрения, но все они вместе могут быть и воссоединены в более обширные группы. Так, все перечисленные выше виды больных могут быть собраны в группу лиц, одержимых острыми и хроническими болезнями. Такое разделение всех душевнобольных есть для нас первая исходная точка в их распределении.

В самом деле, душевные болезни в их начале, в остром их периоде, требуют совершенно иного ухода и мер, чем когда они уже перейдут этот период и примут хроническое течение. Возможность излечения большого процента больных из первой категории и почти совершенная безнадежность остальных (или крайне ничтожный процент улучшений между ними) оправдывают и разницу, могущую быть допущенною в затратах для больных первой и второй категорий.

Но тут является весьма трудный вопрос: сколько мест следует отвести для каждой из этих двух категорий?

В этом отношении имеем весьма немного положительных данных.

Так, мы видим, что из 1370 мест, находящихся ныне в распоряжении города, только 380 в больнице св. Николая Чудотворца предоставлено номинально для острых, но в действительности в ней постоянно треть мест занята хрониками. Из числа 600–700 больных, ежегодно туда поступающих, бóльшая половина падает на долю хроников, из которых многие больны по несколько лет. Это указывает на то, что в каждое данное время у нас в столице и в губернии имеется множество хроников душевнобольных, и что при малейшей возможности их помещают на свободные места. Когда прежде б-ца св. Николая Чудотворца принимала в год 200–300 больных, тогда 150–200 поступало хроников; когда же впоследствии доступ в больницу сделался легче и там стали принимать по 600–700 больных в год, число хроников поступивших тоже значительно увеличилось. Это будет повторяться, мы думаем, до тех пор, пока все хроники данного времени не будут устроены общественным призрением. Это число больных составляет главный контингент кандидатов на призрение. В самом деле, теперь уже город из 1370 душевнобольных призревает более 1150 хроников, и это тогда, когда почти абсолютно отказывают малолетним, а между ними до 15 лет есть немало идиотов, эпилептиков и иных, также нуждающихся в общественном призрении.

Таким образом, очевидно, что главная часть по количеству призреваемых будет состоять из хроников, меньшую же часть будет составлять группа острых больных. Но численность этих групп с точностью определить весьма трудно.

В настоящее время, как мы видели, в больнице св. Николая Чудотворца в большинстве случаев за последние 4 года меньшая половина наличного числа больных, т.е. от 120 до 150, падала па долю острых, свежих случаев. Но обмен между острыми больными значительно больше, нежели между хрониками, и приблизительно выражается оборотом трех, двух больных в год, т.е. каждый такой больной занимает место приблизительно лишь 4–6 месяцев. Таким образом, при своевременной эвакуации больных, переходящих в хроническое состояние, есть возможность при 200 местах в больнице принять до 500 острых больных.

Хотя в настоящее время городские больницы и не принимают такого большого числа острых случаев, но ввиду того, что до сих пор, при невозможности полного удовлетворения всех требований по этому предмету, мы все-таки видим, что, чем больше прием больных вообще, тем больше между ними и острых, мы вправе ожидать, что при осуществлении более своевременного доступа всякого нуждающегося и число острых увеличится. Правда, что вместе с тем более недавно заболевшие в свою очередь скорее будут оставлять больницу и тем, так сказать, увеличивать возможность при тех же средствах оказать пользу большему числу больных, но во всяком случае нам кажется, что число мест для острых больных должно быть рассчитано по меньшей мере на 250 штатных кроватей для мужчин, женщин и детей, что по отношению к общему числу призреваемых составит $^{1}/_{10}$ всего числа.

Из отчета о помешанных в Берлине за 3 года (1880–1882) по заведению Дальдорф и другим частным заведениям, в которых содержится около 500 больных от города, видно, что за этот промежуток времени всего принято 1912 больных. Из них показано одержимых меланхолией 61, манией 100, а всего 161 таких, которые должны быть отнесены к числу больных, подлежащих лечению; остальные же больные составляли вторично слабоумных, паралитиков, эпилептиков, алкоголиков, слабоумных от рождения и идиотов. Иными словами, первая группа не составляет даже полных 10% общего числа призреваемых. К этому следует прибавить еще некоторое число острых больных, попадающих в клиническое отделение Charité, но во всяком случае это не увеличит общего числа больных этой группы в значительной мере.

Таким образом, практика Берлина, по-видимому, указывает на явление, близко подходящее к нашему расчету. Там число нуждающихся в лечении составляет $^{1}/_{10}$ и не более $^{1}/_{8}$ общего числа призреваемых.

Повторяем, данные в этом направлении не собраны в таком виде, чтобы их можно было применять к решению настоящего вопроса без вероятной

ошибки, но, ввиду вышеприведенных соображений, можно полагать все-таки, что ошибка будет незначительна.

Остальные 2250 кроватей, за исключением отделения, которое для краткости может быть названо арестантским, должны быть рассчитаны по преимуществу для хроников.

Мы здесь не намерены развивать план устройства этих отдельных частей всего учреждения — это должно быть предметом особого труда, могущего с пользой быть предпринятым лишь тогда, когда будут окончательно утверждены основные принципы предстоящего устройства, когда твердо установятся размеры предприятия и т. д. Здесь мы наметим только общие основания всей системы.

Так, лечебница должна быть устроена согласно всем современным требованиям науки, и по сравнению с тем, во что в последнее время обходятся такие образцовые учреждения, как клиника в Москве на 60 больных, которая обошлась около 600 тысяч руб., вновь строящаяся клиника в Петербурге и новоустраиваемое психиатрическое отделение при спб. Военном николаевском госпитале, в которых имеется по 100 мест и стоимость которых обойдется от 500 до 600 тыс. руб., не считая земли, следует полагать, что городу современная психиатрическая лечебница на 250 больных обойдется не менее 750 000 руб. сер. (тоже без земли), и в таком случае еще она будет стоить приблизительно в два раза дешевле вышеупомянутых учреждений.

Что же касается устройства хроников, то, по моему мнению, в отношении их призрения нужно тут же иметь в виду дальнейшее подразделение этого класса призреваемых, а именно, нужно отнести в одну группу таких хроников, в отношении которых медицинский уход еще будет весьма деятелен, и в другую таких, где он будет, так сказать, пассивным, временным или случайным.

К первой категории будут относиться: а) все переходные степени, непосредственно следующие за острым периодом; перемежные состояния между периодами обострения некоторых периодических форм и некоторые конвалесценты; б) хроники по преимуществу буйные, беспокойные или опасные; в) некоторые лица, долженствующие содержаться в домах для умалишенных на основ. IV примеч. к 95 ст. улож. о наказ. или по 96 ст.; г) здесь могут помещаться те из идиотов и слабоумных, которые, будучи способными еще к какому-либо психическому и нравственному развитию, будут проходить этот период под руководством опытных людей; д) здесь будут содержаться особенно трудные по болезненному их физическому состоянию; е) наконец, в эту группу может быть отнесено арестантское отделение, как для испытуемых подследственных, так и для некоторых помешанных преступников.

Ко второй категории хроников будут относиться: а) все хроники спокойные, как способные, так и неспособные к труду; б) идиоты и слабоумные,

не поддающиеся дальнейшим улучшениям, как способные к какому-либо труду, так и вовсе к нему неспособные; в) эпилептики и хронические алкоголики, и г) остальная часть лиц, указанных под литер. «в» в предшествующей группе, а именно, неопасные неизлечимые, а также и остальные помешанные преступники.

Здесь мы опять встречаемся с тем же затруднением, которое мы имели при определении количественного отношения хроников к острым. И если там мы привели некоторые данные, то в настоящем вопросе, а именно, сколько хроников будет падать на долю первой группы и сколько на вторую — имеется еще меньше определенности. Тут нередко будет многое зависеть от личного усмотрения врача, заведывающего распределением больных между этими группами.

Мы можем, однако, нашу неточность исправить в значительной мере тем, что как одно отделение, для одной группы хроников, так и другое не будем планировать сразу в законченном количественном объеме, что, как мы увидим ниже, и придется сделать, т. е. полное возведение построек отложить на несколько лет. Наконец, необходимость постоянных пристроек, по мере предусмотренного постепенного прироста населения этих учреждений, позволит всегда уравнивать нарушенное равновесие в различных видах призрения помешанных.

Как бы то ни было, а несомненно, что лиц, соответствующих нашей второй группе, всегда будет гораздо больше, нежели лиц первой категории. Так напр., в настоящее время из 1150 заведомо хроников, лиц 2-й проектируемой группы имеется в больнице св. Николая Чудотворца 80, в городских богадельнях все 150 могут быть отнесены к этому числу, на Малой Охте из 220 к числу этих относятся 150, и наконец из числа 620, содержащихся в больнице св. Пантелеймона, около 400 могут быть причислены сюда же. Таким образом, из всего вышеприведенного числа около 800 больных принадлежат ко второй группе, т. е. приблизительно 75%.

Если мы допустим такое же отношение и в случае собрания большего числа хроников, то у нас, за отчислением 50 лиц надолго арестантского отделения, останется 2200 хроников, из которых 550 будут составлять первую категорию их, а 1650 — вторую.

Мы потому желаем определить это количественное отношение, что в устройстве этих двух категорий хроников должны быть приняты в основание совершенно различные начала.

Так, первая из этих двух категорий призреваемых должна быть размещена поблизости с лечебницей и составлять, так сказать, лишь отделение одного целого, и потому лучше всего, чтобы оно было устроено в непосредственной территориальной связи с лечебницей или центральным отделением, и должно быть рассчитано приблизительно, как мы это только что видели, вместе с арестантским отделением на 600 человек.

Устройство всего этого отделения дорого только в том отношении, что оно требует довольно большого пространства земли, для возможности необходимого разделения между собой различных групп, сюда входящих, а также и для доставления больным как простора для пребывания на открытом воздухе, так и для занятия их некоторыми работами, в том числе огородными, садовыми и т. п. Но оно будет удешевляться относительно большею простотой и, если можно так сказать, меньшим простором в постройке их жилищ, отсутствием особых каких-либо дорогостоящих приспособлений, меблировки и т. п. Самое содержание больных будет также значительно дешевле, персонал по уходу и надзору за ними будет меньше, чем в лечебном отделении, продовольствие, уже неприменяемое сообразно с изменением хода болезни острых больных, у хроников будет более ровное и обойдется дешевле.

Во всяком случае, приблизительная стоимость этих учреждений — если их вновь строить — должна обойтись не менее 600 000 р., не считая земли, а земли для этого учреждения, вместе с землею под лечебницу, должно быть от 12 до 16 десятин.

Что же касается второй категории хронических больных, то, по моему мнению, они должны составить в некоторой мере особое дело и представлять собой по преимуществу учреждение для хроников душевнобольных.

Ввиду многочисленности призреваемых этой категории и некоторых особых приемов в способах призрения их, все это отделение должно быть устроено где-либо поодаль от столицы, совершенно в деревне.

В этом учреждении почти все призреваемые остаются подолгу, чаще всего всю остальную жизнь свою. Все поэтому должно быть приспособлено для возможного облегчения их положения при возможно удешевленном содержании и уходе за ними.

Здесь должна быть применена в большом размере система устройства колонии для помешанных и система отдачи больных на содержание соседним крестьянам.

Во что может обойтись такое устройство — трудно сказать, но здесь нужно иметь в виду два главные расхода — землю и возведение построек. Но так как земля эта может быть приобретена вдали от столицы, а самые постройки будут простейшего типа, то, вообще говоря, это отделение относительно будет стоить недорого и, быть может, не дороже 500 руб. на больного. Всех больных в этом отделении предполагается, с течением времени, иметь, как мы выше видели, до 1650.

Содержание призреваемых здесь больных может быть доведено до значительного удешевления.

Это отделение, будучи самостоятельным в своей внутренней жизни и распорядке, должно находиться, однако, в некоторой связи с городским отделением, и на этот предмет оно все-таки должно быть удалено

от Петербурга где-либо по линии железной дороги, с таким расчетом, чтобы в один день можно было переехать в конец и обратно.

Так устроенное призрение помешанных в столице и губернии, по нашему мнению, могло бы обеспечить на долгое время это дело на рациональных основаниях. Мы бы могли на этом остановиться в рассмотрении предлагаемого нами общего плана призрения помешанных. Но мы не можем не коснуться, хотя бы в весьма общих чертах, стоимости предпринимаемого устройства в дальнейшем его содержании. Мы этого коснемся, главным образом, потому, что с выяснением этого получим и основания для решения весьма важного практического вопроса о взимании городом платы за призрение помешанных. Вопрос этот был возбужден в одном из собраний Думы и передан в больничную комиссию, которая в свою очередь передала его в учрежденную субкомиссию по вопросу об организации призрения помешанных в столице.

Мы уже видели, что устройство лечебницы обойдется в 750 000 руб., отделения для хроников 1-й группы — 600 000 руб. и для 2-й — 825 000, всего же 2 175 000 руб. сер., не считая земли под первые два учреждения, на что можно приблизительно считать хотя бы до 125 000 руб., следовательно, все устройство — 2 300 000 руб.

Имея в виду постоянный расход на содержание больных: а) в лечебнице по 350 руб. в год на каждого больного, на 250 — 87 500 руб.; б) в отделении 1-й категории хроников по 200 руб. на одного больного, на всех (600) — 120 000 руб.; в) в отделении хроников 2-й категории по 100 руб., на 1650 больных — всего 165 000, и г) на уплату процентов (5%) с затраченного капитала — 115 000 руб. ежегодно, получим общую сумму расхода 487 500 руб. или по 195 руб. на каждого больного.

Само собой разумеется, что на первое время, быть может, не потребуется возвести все постройки на весь комплект предполагаемого максимума больных; нужно только обзавестись необходимым земельным участком, постройки же могут быть возводимы с известною постепенностью. Так, прежде всего, нужно возвести лечебницу и хотя бы приблизительно половину того, что потребуется для отделения хроников при лечебнице; в загородном помещении тоже могут быть сначала устроены только некоторые постройки. Или же, имея в виду Пантелеймоновскую больницу, можно было бы в городе еще вовсе не начинать устраивать отделения для хронических больных при лечебнице, а в этом отношении пользоваться временною Пантелеймоновскою больницей, но зато заняться более полным устройством колонии. Имея в виду такие громадные суммы, как по первоначальному устройству, так и по содержанию больных, я перехожу к рассмотрению вопроса о бесплатном и штатном лечении и призрении помешанных.

Закон обязывает земства и города устраивать дома для умалишенных, не ограничивая, однако, контингента больных, в нем призреваемых, за достижением которого земство могло бы сказать себе или правительству, что-де дальше оно не обязано расширять свои заведения. Напротив, еще

очень недавно по такому поводу Правительствующей Сенат нашел, что, на основании 623–629 ст. XIII т. уст. прик. общ. призр., содержание домов для умалишенных возложено на приказ общ. призр., а по введении в действие положения о земских учреждениях попечение о народном здравии и общественном призрении, по точному и буквальному смыслу ст. 2 пол. о земск. учр., отнесено к предметам ведомства земских учреждений. Принимая затем во внимание, что количество больных, призреваемых в домах для умалишенных, по смыслу вышеприведенных статей закона, не ограничено никакою цифрой, и что, с другой стороны, при недостаточности для них существующих помещений, земство, в силу 2 ст. пол., обязано или нанять или приобрести таковое, для чего может воспользоваться правом, предоставленным ему ст. 79 вр. для зем. учр. прав., Правительствующий Сенат не мог не признать отказ губернского земского собрания в приеме в дом умалишенных больных сверх определенной собранием нормы, лишенным законного основания, а потому определил: постановление по настоящему делу собрания отменить, поручив губернатору предложить губернскому земскому собранию о немедленном принятии мер, необходимых для исполнения обязательной по сему предмету потребности (цирк. Министерства внутренних дел 9 февраля 1878 г. № 1241).

Следовательно, земства и города обязаны иметь места для всех обращающихся с требованием на помещение душевнобольных. Кто же помещает больных этих в больницы?

Оказывается, что уже с давних пор в законе есть немало правил и указаний, кто может помещать душевнобольных в дома помешанных, когда и каким образом.

В Западной Европе этот вопрос поставлен далеко иначе. Там помещение в больницу сопряжено с массой затруднений и влечет за собою, в большинстве случаев, весьма важные последствия для больного, в смысле ограничения, лишения гражданских прав его. У нас же помещение душевнобольного не связано неминуемо с вопросом о лишении гражданских прав — у нас этот акт отдачи в опеку есть, так сказать, совершенно самостоятельное, гражданское или административное действие. Помещение же в больницу душевнобольного вменено чуть не всякому обывателю, страха ради перед умалишенным и под угрозой личной ответственности за недонесение или непринятие соответственных мер против опасных или вредных кому-нибудь действий безумного.

Вспомним приведенный указ Императрицы Екатерины об объявлении в главную полицию о каждом умалишенном, у кого-либо находящемся. Но и не обращаясь к этим исторического характера частным положениям, взглянемте на ныне действующий закон.

В св. зак., в т. X статья 367 говорит: каждому семейству, в коем находится безумный или сумасшедший, предоставляется предъявить о том местному начальству.

Примечание. Безумные или сумасшедшие, не совершившие преступления и отдаваемые для излечения в частные лечебные заведения, могут быть свидетельствуемы установленным порядком только по требованию о том их родственников или наследников.

В том же X томе, ч. 1, изд. 1857 г., статья 654 грозит ответственностью «*за вред и убытки, причиненные преступлением или проступком малолетних (не находящихся при родителях), а равно и безумным и сумасшедшим*», *тем*, «*которые по закону обязаны за ними иметь надзор*».

В ст. 375 там же сказано: «*признанные от Правительствующего Сената безумными или сумасшедшими поручаются в смотрение ближайшим их родственникам, или, буде последние от него откажутся, отдаются в устроенные для умалишенных дома*».

В т. II, ч. 1, св. зак. и в уст. общ. призр. есть ряд статей, которыми вменяется губернаторам, городским головам, становым и полицейским учреждениям и пр. в заботах о благе вверенных их надзору обывателей в том числе заботиться о призрении умалишенных, эпилептиков и т. п.

Статья 629 уст. общ. призр. (св. зак. т. XIII, изд. 1857 г.) предписывает людей, сделавших в припадках сумасшествия преступление, принимать в дома и содержать безденежно.

По прилож. IV к ст. 95 улож. о наказ. безумные и сумасшедшие, «учинившие смертоубийство, или же посягнувшие на жизнь другого или свою собственную, или на зажигательство … отсылаются для содержания и лечения в доме умалишенных… если же время покажет, что сумасшествие их совершенно прошло, и в выздоровевших от оного в течение 2 лет кряду не будет замечено сего рода припадков, тогда… они освобождаются из дома умалишенных».

На том же основании (т. е. как по ст. 95) и больные, учинившие те же преступления в припадке умоисступления или беспамятства в случае, «*когда родители больного или его родственники, опекуны или посторонние, желающие взять его на свое попечение, оказываются недостаточно благонадежными, и от них нельзя ожидать точного исполнения возлагаемой на них обязанности, то страдающий припадками умоисступления отдается для лечения и присмотра за ним в больницу, где и остается до совершенного выздоровления*» (св. зак., т. XV, изд. 1866 г., улож. о наказ., ст. 96, изд. 1885 г.).

При подобных же условиях помещаются в одно из заведений приказа общ. призр. и потерявшие умственные способности и рассудок от старости или дряхлости и лунатики — сонноходцы, которые в припадках своего нервного расстройства действуют без надлежащего разумения (св. зак., т. XV, улож. о наказ. изд. 1866 г., ст. 97, и улож. о наказ. изд. 1885 г., ст. 97).

Вот каким разнообразным способом заселяются те дома умалишенных, которые должны содержать города, без ограничения числа призреваемых.

Но в том же законе есть много указаний, в каких случаях больные содержатся бесплатно, когда за плату, кто ее должен вносить, и даже указаны приблизительные размеры платы.

В этом отношении с самого вступления дела призрения помешанных на законодательный путь этот вопрос шел без всяких колебаний — только неимущие принимались бесплатно, а все имущие за плату.

Самое древнее указание на взимание платы с имущих мы встречаем в цитированном уже Высочайше утвержденном докладе Сената от апреля 20 дня 1762 года о постройке для безумных особенных домов и об отдаче имений, принадлежащих безумным, под надзор наследников, где между прочим сказано: «*безумным, дабы они, будучи у родственников, по безумию своему в непристойные проступки не впали, ежели они, родственники, иметь их безумных у себя не пожелают, надлежит отдать под начало в монастыри, а деревни, им принадлежащие, и всякие движимые имения отдавать же до смерти их токмо в смотрение и порядочное содержание, по описи, с распискою тем людям, кто по их и к тому наследники быть имеют… со взятием с таковых по наследству смотрителей обязательств в том, что пока безумные живы будут, из того их имения ничего им не продать и не заложить, паче же и разорения деревням никакого не учинить; а из получаемых доходов на содержание безумных пищу и одежду отдавать в те монастыри, кому надлежит, без излишества, притом, чтобы и недостатка не было, чему иметь верную записку*».

По нашему мнению, этот доклад содержит в себе весьма важные положения — здесь предоставляется родным отказаться от содержания безумного при себе, и для властей делается что-то обязательное в принятии такового на общественное призрение; затем тут изложен весь проект опеки над имуществом безумного, и наконец указывается, что за имущего взимается плата за его содержание без излишества, но и без недостатка.

Этот взгляд с течением времени находил поддержку в различных последующих законоположениях и предписаниях. Так, в том же 1762 году, когда императрица Екатерина рассматривала некоторые прежние указы, и когда предполагалось в некоторых монастырях устроить помещение для умалишенных, в сенатском указе от 1 ноября 1762 года между прочим сказано: «…*сколько ныне таковых безумных по определениям Сената в смотрение кому отдано, о том, справясь в Сенате и в сенатской конторе, тем людям, кому они отданы, объявить: ежели они у себя иметь оных не желают, чтобы их к отсылке в показанные монастыри объявили в означенной экономической канцелярии, и на содержание их безумных в силу именного Ея Императорского Величества августа 8 (20) числа сего года указа родственникам, в чьем ведомстве деревни их состоят, из получаемых доходов*

пищу и одежду по мере и состоянию их отдавать в оную канцелярию без излишества, а напротив того, чтоб и недостатка не было» [54].

Затем, при учреждении приказа общественного призрения в 1775 году, в обязанности которого было возложено устройство домов для умалишенных и призрение помешанных, в ст. 389 между прочим сказано: «*сумасшедших неимущих принимать безденежно, а имущих имение принимают в дом не иначе, как за годовую плату на содержание, присмотр и на приставников*».

В 1815 году, июня 22 состоялось положение комитета министров [55] о денежной плате за прием людей в богоугодные заведения, состоящие под ведомством с.-петербургского и московского приказов общественного призрения, по которому, согласно с представлением главнокомандующего в С.-Петербурге: 1) за лечение и содержание в больницах и доме умалишенных здешнего и московского приказов общественного призрения на вольных кроватях взимать по 10 руб. в месяц за каждую, и… 3) деньги получать за месяц вперед, и из оных ничего не возвращать, хотя бы кто из упомянутых мест выбыл и прежде истечения месяца.

В позднейшее время, в 1854 году, состоялось Высочайше утвержденное положение кавказского комитета, объявленное Сенату министром внутренних дел, о плате за пользование бедных людей закавказского края в домах для умалишенных.

В нем сказано: «*за призрение в воронежском доме для умалишенных неимущих людей, посылаемых туда из закавказского края, впредь до учреждения в оном подобного заведения, взыскивать установленную плату с помещиков и обществ, коим принадлежат те люди; если же они не принадлежат помещикам и обществам, то относить эту плату на счета закавказского приказа общественного призрения»* [56].

Наконец, ныне действующие законы, а именно ст. 626, т. XIII, изд. 1857, говорит: «*В дома для умалишенных неимущие умалишенные принимаются безденежно; имущие же за умеренную плату, которая установляется соразмерно издержкам на том же основании, как и плата за содержание и лечение больных, в заведениях приказов призреваемых; по 629 ст. люди, сделавшие в припадках сумасшествия преступление, принимаются в дом и содержатся безденежно*».

Однако же в отношении безденежного содержания вышеуказанных лиц это правило относится лишь до тех, о которых уже вступило в законную силу определение подлежащего судебного места, которым они признаны совершившими преступление в припадке умопомешательства; все же

---

[54] Полн. собр. зак. Росс. имп., т. XVI, 11699, цитир. в статье Константиновского, напеч. в Труд. 1-го съезда отеч. психиатров.

[55] Там же, т. XXXIII, 25887.

[56] 2-е полн. собр. зак., т. XXIX, 28005 (там же).

остальные арестанты, не подходящие под означенную категорию, лечатся в больницах и домах для умалишенных на счет казны (указ Прав. Сен. 9 декабря 1881 г.).

Таким образом, очевидно, что законодательство наше, с самого начала устройства призрения помешанных, имело в виду, с одной стороны, обеспечить возможно легкий доступ душевнобольных в больницы, для чего и обязало все земства и города устраивать дома для помешанных, без ограничения числа мест в них, и, с другой стороны, везде указывало на возможность облегчения этой трудной обязанности тем, что имущие должны быть содержимы за плату, размеры которой могут быть различны.

За границей, в Англии, во Франции — везде, в общественных и государственных больницах допущены своекоштные больные.

У нас, в России, практика последних времен повсюду показывает необходимость допущения таких платных больных. В С.-Петербурге дом призрения Государя Императора, психиатрическая клиника, больница св. Николая Чудотворца, больница св. Пантелеймона — все они имеют определенное число платных больных. Места эти очень охотно занимаются больными и почти никогда не остаются свободными. В других городах и земствах тоже этот принцип допущен — в тверском доме умалишенных, в колмовском в Новгороде, в Одессе, в Рязани и других местах имеются платные кровати. При этом плата может быть различна. Одни, не принадлежа напр. к числу обывателей того города или земства, в заведениях которых случайно призреваются, должны безусловно оплачивать всю сумму, необходимую для покрытия расходов по их содержанию, общему с содержанием всех больных вообще. Другие будут те, которые, быть может, и принадлежат к числу обывателей данного города или земства, или, если и не принадлежат им, но при этом располагают достатком, позволяющим иметь право пользоваться большим комфортом, чем какой может быть допущен со стороны общественного управления в отношении содержания неимущих. Общественная забота должна удовлетворить это законное требование имущего больного, который, по случаю душевной болезни, не может быть оставлен дома, и родные которого пожелают доверить своего больного не частному лицу в частном заведении, а более ответственному лицу в общественном заведении. Мы видели в первой части нашего труда, что еще 100 лет тому назад, при устройстве первого дома умалишенных при Обуховской больнице для «знатных особ, сею болезнью одержимых», отводилось по 2 комнаты, чтобы больные могли иметь при себе своих слуг. Указание на то, что для богатых лиц могут служить частные заведения, несостоятельно потому, что частные заведения вообще гораздо дороже, чем пенсионерские отделения в общественных и казенных заведениях, и что они вообще не желательны. В последнее время в Англии последовал билль, по которому частные заведения там ныне закрыты. Наконец, частные за-

ведения имеют в виду лиц гораздо более богатых, чем те, которые поступают на платные места в общественных учреждениях.

Итак, мы считаем доказанным и право, и практическую необходимость для городов и для земства иметь известное число больных за плату, и притом двоякую — одну, равную с издержками по содержанию неимущих больных, и другую — возвышенную, с предоставлением такому пенсионеру некоторых преимуществ в способах его содержания.

Дальше мы не будем вдаваться в исчисления, сколько может быть подобных больных из общего числа призреваемых и насколько этим уменьшается общая цифра обязательного расхода городом по содержанию помешанных; скажем только, что это во всяком случае составит немаловажную сумму, которою нельзя пренебрегать при данном финансовом положении города, и когда он не успевает на свои средства призревать всех тех, которых он обязан содержать по закону.

Наконец, нам остается еще коснуться вопроса об эвакуации иногородних больниц.

В этом отношении существует одно общее положение — каждый город или земство обязано иметь свой дом для умалишенных и свои богоугодные заведения для призрения своих больных. Кроме того, в различных узаконоположениях существует немало указаний, с одной стороны, на то, что в случае, если где-либо находится на призрении умалишенный, не принадлежащий тому обществу, то за него взыскивается плата с того общества, к которому он окажется принадлежащим, и с другой стороны — что, буде возможным окажется, такой больной может быть отправлен по принадлежности, на счет же тех обществ, к которым он принадлежит. Таким образом, пересылаются отставные нижние чины из военных госпиталей на родину, для помещения в заведения общественного призрения. В циркуляре хозяйственного департамента м.в.д. от 10 сентября 1868 года за № 8568 указано, что «издержки на отправление в дома умалишенных лиц, одержимых умопомешательством и присылаемых в сии дома для испытания и лечения, должны быть обращаемы на счет того источника, из которого производится плата за лечение».

Таким образом, нам кажется, что существующих постановлений достаточно для того, чтобы иметь право выслать того или другого больного, или, в случае невозможности осуществления высылки, требовать уплаты за содержание его. Но опыт показывает, что для практического осуществления этого есть множество препятствий, делающих этот вопрос часто теоретическим. К счастью, как мы видели выше, число таких иногородних больных не велико.

Во всяком случае, этот вопрос должен быть рассмотрен в особой, компетентной по содержанию возбуждаемых отдельных вопросов комиссии.

Печатается по изданию:
Чечотт О. А. К проекту устройства в Новознаменской даче колонии для умалишенных хроников. — СПб.: Изд. Шредера, 1892. — 23 с.

О. А. ЧЕЧОТТ

К проекту устройства в Новознаменской даче колонии для умалишенных хроников

Статьями 623–629 т. XIII уст. прик. общ. призр. содержание домов для умалишенных возложено на приказ общественного призрения, а по введении в действие положения о земских учреждениях попечение о народном здравии и общественном призрении, по точному и буквальному смыслу ст. 2 пол. о земск. учр., отнесено к предметам ведомства земских учреждений.

Правительствующий Сенат по делу об отказе одного земства в принятии душевнобольных, за неимением мест, в дом умалишенных, разъяснил (цирк. мин. вн. д. от 9 февраля 1878 г. за № 1241), что количество больных, призреваемых в домах для умалишенных, по смыслу вышеприведенных статей закона, не ограничено никакою цифрою, и что с другой стороны, при недостаточности для них существующих помещений земство, в силу 2 ст. пол., обязано или нанять, или приобрести таковое, для чего может воспользоваться правом, предоставленным ему ст. 79 пр. для земск. учр. прав., признал отказ губернского земского собрания в приеме в дом умалишенных, сверх определенной собранием нормы, лишенным законного основания и определил: поручить губернатору предложить губернскому земскому собранию о немедленном принятии мер, необходимых для исполнения обязательной по сему предмету потребности. Согласно ст. 1949, ч. 1 т. II св. зак., изд. 1876 года, к предметам ведомства городского общественного управления по 4-му пункту принадлежат: устройство, на счет города, благотворительных заведений и больниц и заведывание ими на основаниях, указанных для земских учреждений относительно подведомственных сим последним такого рода заведений.

К этому следует подчеркнуть еще, что, несмотря на обособленность городского и земского хозяйства, призрение умалишенных петербургской губернии лежит на обязанности и средствах города, так как все суммы и заведения бывшего приказа общественного призрения были переданы не губернскому земству, а городскому общественному управлению. Такой взгляд был признан правильным и Правительствующим Сенатом, до которого восходил этот вопрос, по опротестовании санкт-петербургским губер-

натором постановления губернского земского собрания 1878 года о непринадлежности ему этого дела[57].

Тем не менее, как во время действия приказа общественного призрения, так и после передачи заведывания этим делом бывшему Попечительному совету, призрение умалишенных всегда не отвечало действительной потребности, и городское общественное управление с самого начала своего заведывания больницами было озабочено приисканием способов к упорядочению этого важного дела.

Однако же открываемых городом мест для душевнобольных не доставало. Городским больницам, переполненным до крайности, приходилось постоянно отказывать в приеме больных, даже направляемых полицией. В приемных покоях при полицейских частях накоплялось, в ожидании мест, до 40–50 и более человек. Находя такой порядок вещей неправильным, г-н санкт-петербургский градоначальник издал по полиции приказ от 21 мая 1890 года за № 140[58], запрещавший держать больных в приемных покоях и указавший на обязанность для городских больниц принятия каждого направленного полицией умопомешанного, под угрозою ответственности

---

[57] Указом Правительствующего Сената от 28 сентября 1878 года за № 36 531 санкт-петербургскому губернатору разъяснено, что столичные учреждения для умалишенных должны служить равным образом и для населения всей губернии.

[58] Постоянное переполнение приемных покоев при полицейских частях больными, страдающими белою горячкою и различными формами расстройства умственных способностей, отнимая у этих учреждений возможность служить своему прямому законному назначению, имеет при этом своим последствием то важное обстоятельство, что заболевшие лишаются через это возможности пользоваться правильным больничным лечением в то самое время, когда сие последнее, по свойству заболевания, представляется наиболее необходимым и целесообразным. В ожидании перевода в соответствующее лечебное заведение больные расстройством умственных способностей нередко проводят весь острый, т. е. наиболее удобный для лечения период болезни в приемных покоях, вовсе не приспособленных к лечению такого рода больных, и переходят, таким образом, в состояние хронического заболевания, мало или вовсе не поддающегося лечению.

«Признавая такое положение дела не отвечающим понятию о правильной организации больничного призрения и озабочиваясь, вместе с тем, приведением приемных покоев при полицейских частях в состояние, отвечающее их назначению, предлагаю чинам наружной полиции, в случаях получения заявления о нахождении в их участках психических больных, угрожающих общественной безопасности, по удостоверении полицейским или пользовавшим больных врачом действительности болезни, отправлять таковых в соответствующее лечебное заведение помимо приемных покоев».

«В случаях отказа больницы в принятии доставленных полицией больных составлять протоколы и представлять оные ко мне, дли привлечения виновных к ответственности.

Общее наблюдение за точным исполнением настоящего распоряжения и надзор за правильным помещением больных в приемных покоях возлагаю на старшего врача полиции, которому вменяю в обязанность о каждом случае появления в приемном покое больных немедленно доносить мне».

по закону в случае отказа. Больничная комиссия сочла себя вынужденною принять немедленно 50 больных, находившихся в различных приемных покоях при полицейских частях, и затем принимать всех остальных, направляемых в больницу, имея в виду немедленно принять решительные меры к рациональному разрешению вопроса о дальнейшем призрении умалишенных.

Для этого, прежде всего, потребовалось определить наименьшее число умалишенных, могущих оказаться подлежащими общественному призрению. По поручению особой субкомиссии мною был подробно разработан этот вопрос и изложен в записке, напечатанной в № 25 «Известий Думы» за 1890 год. Согласно моему расчету, в предположении, что лишь половина общего числа умалишенных обратится к услугам общественного призрения, следовало иметь в виду, при тогдашнем населении столицы и ее губернии в 1 646 000 жителей (по переписи в 1885 году), что общее число подлежащих призрению определяется в 2500 умалишенных. Само собою разумеется, что, кроме того, нужно иметь в виду постепенное увеличение душевнобольных в зависимости от постоянного и значительного прироста самого населения, как в столице, так и в губернии[59].

Что эти цифры приближаются к истине, видно уже из того, что, когда в 1884 году город взял в свое заведывание больницы, им было принято около 1100 умалишенных, но затем городское управление нашло себя вынужденным в самом непродолжительном времени открыть новые места, так что уже в 1885 году город располагал 1250 местами. Эти места вскоре все были заняты и, невзирая на весьма частые отказы и затруднения в приеме больных сверх штата, пришлось, однако, постепенно увеличивать число призреваемых. Таким образом, в 1890 году городом призревалось уже 1370 больных. Когда же в мае 1890 года последовало вышеприведенное распоряжение о беспрепятственном приеме больных, направляемых полицией, то, несмотря на продолжавшиеся ограничения в приеме иными путями направляемых больных, теперь город содержит уже 1730 больных. Ввиду же того, что такая прибыль за последние годы продолжается в том же размере, и между поступающими большая половина падает на долю хронических, давнишних умалишенных, не трудно проникнуться убеждением, что увеличение спроса на призрение этих больных будет продолжаться еще несколько лет. Я думаю, что оно приостановится по достижении вышеприведенной общей цифры в 2500 больных. Как бы то ни было, но нет сомнения, что приведенная нами цифра есть скорее несколько меньшая, чем какою она окажется через несколько лет.

Эти 2500 больных предполагается распределить так, чтобы в больнице св. Николая Чудотворца находилось 300 и в больнице св. Пантелеймона 700,

---

[59] По переписи 1884 года, в столице без пригородов было 947 500 жителей, а по однодневной переписи 15 декабря 1891 года — 954 400.

а все остальные 1500, имеющие составиться как из того контингента, который уже и теперь содержится городом по разным местам, так и из имеющих вновь прибывать, должны быть помещены в новопроектируемой колонии.

Но ввиду громадности затрат по устройству колонии на предъявляемые требования, а также ввиду того, что не на весь контингент потребуется немедленно иметь все постройки, спрашивается, на сколько же больных следует открыть новых мест, по возможности, безотлагательно?

На это можно ответить несколькими цифрами:

1. В настоящее время все больницы для душевнобольных так переполнены, что, в сущности, никого более не следовало бы помещать в них, а потому, прежде всего, следует немедленно приступить к открытию мест для всех тех, которые могут вновь поступать впредь до того, пока что-либо более обширное будет окончено постройкою. Ссылаясь на опыт двух предшествовавших лет, можно с уверенностью сказать, что прибыль эта будет не ниже 150 больных в год[60]. А потому для контингента уже текущего года следует иметь в виду возможно скорое открытие новых 150 мест.

До мая 1890 года больницы были стеснены допущением в них очень большого числа штатных кроватей. С тех пор во всех этих учреждениях помещено сверх штата уже до 400 больных. Поэтому все больницы, в особенности больница св. Николая Чудотворца[61], сделались совершенно не отвечающими их целям и должны быть, прежде всего, приведены хотя бы в первоначальное свое положение. Ввиду этого нужно приступить к открытию мест вторым приемом, т.е. менее спешно, чем для больных вышеприведенной категории, для нового и притом довольно значительного контингента 400 сверхштатных больных.

Рядом с этим, пока будет производиться постройка в течение 2–3 лет, нужно иметь в виду новый контингент дальнейших поступлений больных и притом в эти годы еще отнюдь не в уменьшающемся числе, т.е. все-таки в размере не менее 150 больных в год, а следовательно, ко времени окончания постройки нужно иметь готовыми не менее 300 новых мест.

После вывода сверхштатных больных из ныне существующих учреждений еще останутся те 80 больных в больнице св. Николая Чудотворца, которые в ней были размещены в виде экстренной, временной меры и которые поэтому должны были бы тоже быть выведенными на Новознаменскую дачу. Это представится необходимым для того, чтобы больница св. Николая Чудотворца наконец стала функционировать как лечебница, почему в ней

---

[60] В этом, 1892 году, с января месяца по настоящее время, 1 марта, число сверхштатных увеличилось на 30 больных — за 2 месяца.

[61] Некоторые расширения, сделанные в больнице св. Николая Чудотворца, имеют временный характер и во всяком случае решительно не оправдывают помещения в ней вместо положенных 380 — 640 больных

не должно быть такого большого числа больных. Но кроме того, мера эта весьма выгодна для города в будущем, ибо содержание в больнице св. Николая Чудотворца каждого больного будет обходиться в два и даже в три раза дороже, чем в колонии.

Вследствие признанных неудобств содержания умалишенных в числе 150 больных в городских богадельнях и в наемных помещениях на Малой Охте, где, за вычетом 30 сверхштатных больных, уже засчитанных нами в вышеприведенной общей цифре (400), призревается 220 женщин, следует иметь в виду необходимость открытия еще 370 мест.

За выполнением всего этого, что может быть сделано в 2–3 года, уже сама действительность покажет, сколько и в какое время потребуется новых строек.

В настоящее же время можно установить необходимость:

1. В это лето устроить новое помещение на 150 больных.
2. В течение ближайшего времени, в 2–3 года, построить:
   а) помещение для существующих сверхштатных — на 400 больных;
   б) помещение для новоприбывающих, ежегодно по 150, в течение 2 следующих лет — на 300 больных;
   в) помещение для предстоящих к выводу из больницы св. Николая Чудотворца — на 80 больных.

3. Вслед за этим, открыть помещение для больных Малоохтинской больницы и богаделен — на 370 больных.

Всего — на 1300 больных.

Как видно, из нашего расчета после устройства на Новознаменской даче колонии на 1500 больных уже к 1895 году останется невыполненной только небольшая часть.

Очевидно, что это не мешает предприятию ныне же всех сооружений с таким планом и расчетом, какой бы обнял и все 1500 мест, так как недостающие места, для своего осуществления, потребуют лишь увеличения числа некоторых павильонов, место и размер коих будут уже намечены вперед.

Поэтому я считаю возможным ниже привести проект устройства колонии в размере на 1500 мест, с некоторыми параллельными указаниями на необходимые детали при постепенности в сооружении всего предприятия.

Ныне представляется возможным осуществить этот проект, воспользовавшись приобретением бывшей дачи Мятлевых.

Все устройство колонии в этом объеме может быть исполнено частями, в несколько приемов. В настоящее же время следует устроить помещение лишь на 1000 больных. Поэтому в настоящем проекте будут изложены, главным образом, данные, лежащие в основании проекта колонии на 1500 больных, но вместе с тем будут указаны размеры сооружений, необходимых на первое время на 1000 больных.

Эти 1000 больных, а равно и все 1500, будут распадаться на различные категории, требующие соответствующих приспособлений в их размещении. Во-первых, они потребуют разделения по полу, и в этом отношении они будут представлять почти две равные половины. Во всяком случае, при размещении 1000 больных следует иметь в виду совершенно равное деление. Если бы опыт показал, что требование на призрение мужчин превышает требование на места для женщин, это преобладание одних над другими можно будет уравнять при размещении остальных 500 кроватей. Теперь же мы будем иметь в виду поровну мест для каждого пола.

Затем, как те, так и другие будут, в свою очередь, распадаться на различные категории. Здесь будут: а) спокойные хронические душевнобольные, способные к труду и неспособные, б) эпилептики и хронические алкоголики, в большинстве способные к труду, в) слабые, неизлечимые умалишенные, вовсе неспособные к труду, г) неопасные неизлечимые помешанные, совершившие некоторые преступления в состоянии безумия или сумасшествия и подлежащие, на основании IV примечания к 95 ст. улож. о наказ., содержанию в домах для умалишенных, и, наконец, д) слабоумные и идиоты, не поддающиеся дальнейшему психическому развитию, способные к какому-либо труду и вовсе к этому неспособные.

Как ни различными могут показаться, на первый взгляд, эти отдельные группы подлежащих призрению умалишенных, но по существу между ними будет мало разницы. Всем им присущий глубокий упадок душевных способностей значительно их сближает между собою и делает возможным принятие довольно однообразного ухода за ними и их содержания. Самое главное различие между ними будет определяться наличностью способности к какому-либо труду или утратой ее. Понятно, что для первых необходимы будут несколько иные приемы в их помещении и в уходе за ними, чем в отношении остальных. Другие же основания к различию в уходе за больными почти стушевываются. Душевнобольные из категории лиц, находящихся под действием упомянутой 95 ст., не потребуют каких-либо особенностей в их размещении, так как эти больные, ничем не отличаясь от всякого другого умалишенного, будут входить в число больных остальных категорий и могут быть подчинены совершенно одинаковому с ними режиму. Степень образованности, воспитанности или вообще привычек различных больных может служить основанием для особой группировки их, но все же в тех фазах болезни, в которых будут находиться здесь призреваемые больные, эти разницы будут не резки, и совместное их проживание не будет служить существенным затруднением в их размещении. Впрочем, все эти дробные деления и более правильная сортировка призреваемых будут вполне достижимы, если все они будут размещены по отдельным и относительно не очень большим павильонам. При этом всегда представится возможность достигнуть группировки, соответственной инди-

видуальным особенностям каждого призреваемого. Категория совершенно расслабленных, истощенных, уже вовсе не способных к самостоятельному существованию даже в больнице, потребует несколько обособленного их помещения и более тщательного за ними ухода. Наконец, следует иметь в виду, что при таком большом числе призреваемых — 1000 умалишенных, а тем более при 1500 больных: 1) будет известное число больных, болезнь которых подвержена, хотя бы и кратковременным, ухудшениям, в особенности это может быть у эпилептиков, у идиотов, у некоторых одержимых первичным бредовым сумасшествием и у некоторых других, и 2) многие из призреваемых могут заболевать важными физическими, иногда заразными болезнями. Поэтому в такой колонии должен существовать особый павильон с некоторыми приспособлениями для соответственного помещения случаев первой группы и лазарет для другой.

Имея в виду все вышеприведенное, можно точнее проектировать детальное распределение и самое устройство помещений на 1000 и на 1500 больных.

Выше мы уже наметили одну важную особенность, отличающую лиц, подлежащих призрению в колонии, — это наличность способности к труду между больными почти всех категорий. Задача колонии будет поддерживать и развивать эту способность предоставлением каждому осуществлять эту возможность соответственным трудом. В эту колонию по преимуществу будут направляться больные, нуждающиеся еще в приложении своих сил к работе, в чем бы она ни состояла. Если мы будем исходить из общих положений и примем, что 2500 душевнобольных, имеющих быть призреваемыми городом, составят контингент всех возможных видов лиц, нуждающихся в общественном призрении, то между ними, конечно, всегда найдется известное число больных, могущих еще быть способными к труду. По самым снисходительным статистическим данным, таких можно насчитывать около 30%. Если же мы, распределяя всех больных между тремя главными городскими учреждениями — больницею св. Николая Чудотворца, больницею св. Пантелеймона и колонией на Новознаменской даче, будем направлять способных к труду по преимуществу в колонию, то эти 30% от 2500 почти всецело будут сосредоточиваться в ней. Таким образом, этих больных в колонии может быть 750, или до 50% всего числа в ней призреваемых, а в настоящее время на 1000 больных можно предположить больных, способных к труду, до 500 лиц. Если бы даже вначале не удалось иметь такой благоприятный контингент трудящихся, то это будет не долго, и может быть объяснено неимением правильно организованного занятия душевнобольных в ныне существующих уже учреждениях и, следовательно, отсутствием привычки к этому, в том числе, и между лицами, приставленными к уходу за ними. Опыт же учит, что во всех тех учреждениях как за границею, где занятия больных работами издавна

практикуются в самых широких размерах, так и у нас в России в настоящее время, где эта задача проведена систематически, число занятых больных постепенно увеличивается, производительность труда их делается полезнее.

Итак, предполагаем в нашей колонии 500 больных, для которых будут возможны и полезны работы.

Если это число предполагаемых нами способных к труду разбить по полу, то в этом отношении нужно признать, что между женщинами работающих будет больше, нежели между мужчинами, и мы, вероятно, не очень удалимся от действительности, если скажем, что между первыми их будет около 60%, а между вторыми около 40%. Следовательно, способных к труду предвидится из 500 муж. — 200, а из 500 жен. — 300 и относительно из 750 муж. — 300 рабочих, а из 750 женщин — 450.

Если большинство отдельных павильонов будет на 50 больных каждый, нетрудно достигнуть и группировки их по тем основаниям, о которых мы говорили выше: так, здесь могут быть собраны в особый барак лица привилегированных сословий или одинаковых по воспитанию и их привычкам, в других могут быть сгруппированы других сословий или совсем других категорий больные, как то: алкоголики, эпилептики и идиоты. Конечно, в некоторых группах больных будет мало, и если бы было признано возможным строить совсем малые павильоны на 20–25 больных, то их можно было бы собрать в большом павильоне и разделять каким-либо внутренним устройством.

Наконец, в видах возможной экономии в постройке, можно было бы допустить для некоторых больных по одному корпусу на 100 больных, как мужчин, так и женщин.

Итак, следовало бы устроить:

		В предположении общего числа больных	
		1000	1500
А.	Для больных способных к труду мужчин		
1.	Помешанных в тесном смысле:		
	а) привилегированных 1 павильон на	50	–
	б) непривилегированных 1 павильон на	50	–
	и к нему 5 по 10 (или же все 100 в одном павильоне)	50	–
	а при 1500 больных для этой же группы больных 1 павильон на 50 и 3 по 10 каждый (или 1 на все 80 больных)	–	80
2.	Алкоголиков 1 павильон на	30	–
3.	Эпилептиков и идиотов 1 павильон на	20	–
	а при 1500 больных еще 1 павильон для этой же группы больных на	–	20
	Всего	200	100

В.	Для способных к труду женщин:		
1.	Помешанных в тесном смысле:		
	а) привилегированных — 1 павильон на	50	–
	б) непривилегированных 2 павильона, каждый по 50 больных (или 1 павильон на 100)	100	–
	и 1 павильон на 50	50	–
	При нем 5 павильонов, каждый по 10	50	–
	а при 1500 — для этой же группы больных 1 павильон на 50 или 5 по 10*	–	100
2.	Алкоголисток 10 и эпилептичек 15 в 1 павильоне	25	–
3.	Идиоток в 1 павильоне	25	–
	а при 1500 больных для этой же группы еще 1 павильон на	–	20
	Всего:	300	120

* Тоже м. б. в одном по 100.

Остальная часть призреваемых, в свою очередь, будет распадаться на особые категории. Так, сюда относятся отмеченные выше слабые, истощенные, дряхлые больные; число их, однако, должно быть относительно незначительным. Регулируя цифру этих больных сообразной пересылкой их из других городских учреждений, можно всегда держать ее определенной. Я предлагаю ограничиться 5%. Далее мы сюда же должны отчислить постоянный процент больных с временными ожесточениями их психической болезни, требующими отдельного их помещения. Число этих больных будет не всегда одинаково, но все же можно указать определенный minimum, ниже которого их почти никогда не будет. Поэтому помещение для таких больных должно быть рассчитано на несколько большее число, т. е. в этом отделении должны быть запасные места, не состоявшие в общем числе штатных кроватей. Оно должно быть устроено приблизительно в размере, соответствующем 6% общего (1000) числа призреваемых, с тем, однако, что мы будем считать постоянно занятых мест в этом отделении только 4%, т. е. 40 больных, или по 20 мужчин и по 20 женщин. Точно такие же соображения относятся и к устройству лазарета, только он должен быть проектирован вообще на большее число больных, а именно в нем необходимо иметь 5% постоянных, т. е. 50 кроватей, и 2% или 20 кроватей временных, не входящих в общий счет мест в колонии. Остальные могут быть размещены по отдельным павильонам, приспособленным для лиц спокойных помешанных, в собственном смысле, для слабоумных, эпилептиков, идиотов, алкоголиков, составляющих одну общую группу неспособных к труду.

Таким образом, вторые 500 больных, а при общем числе 1500 призреваемых, остальные 780 — будут распадаться на следующие категории:

		В предположении общего числа больных	
		1000	1500
А.	Больные, неспособные к труду мужчины		
1.	Помешанные в тесном смысле:		
	а) привилегированных званий 1 павильон на	40	40
	б) непривилегированных званий в 2 павильона по 40	80	–
	и при них 8 павильонов по 10*	80	80
2.	Эпилептики, слабоумные и идиоты в 1 павильоне на	30	–
3.	Слабые, истощенные и дряхлые в 1 павильоне на	25	–
	а при 1500 больных еще 1 павильон для той же группы больных на	–	20
4.	Больные с физическими болезнями (лазарет) в 1 павильоне (рассчитанный с запасными кроватями до 35 мест)	25	5
5.	Больные с обострением психических заболеваний в 1 павильоне (в нем тоже должны быть рассчитаны запасные места, всего до 30 мест)	20	5
	Всего:	300	150
В.	Больные, неспособные к труду женщины:		
1.	Помешанные в тесном смысле:		
	а) привилегированных званий 1 павильон на	40	–
	б) непривилегированных званий в 1 павильоне на 40 больных и в 2 по 10 (или все 60 в 1 павильоне)	60	–
	а при 1500 больных — для той же группы 1 павильон на 40 больных и 6 павильонов по 10 больных (или 1 павильон на 100 больных)	–	100
2.	Эпилептички, слабоумные и идиотки в 1 павильоне	30	–
3.	Слабые, истощенные и дряхлые в 1 павильоне	25	–
	а при 1500 больных для этой же группы больных 1 павильон на	–	20
4.	Больные с физическими болезнями (лазарет) в 1 павильоне на 35 больных	25	5
5.	Больные с обострением психического заболевания в 1 павильоне на 30 больных	20	5
	Всего:	200	130

* Часть их м. б., впрочем, размещена и в 1 бараке на 80 или на 100 больных.

Имея эти данные, т. е. зная, на сколько и для какого рода больных мы должны приготовить помещение, остается выразить главнейшие требования, которым они должны удовлетворять.

В главнейших чертах они нам кажутся следующими:

- Все павильоны для помещения больных должны быть в достаточном отдалении один от другого и при этом так, чтобы павильоны для мужчин составляли совсем особую группу от павильонов для женщин.

- Большие павильоны по преимуществу должны быть выстроены по плану расположения комнат по одной стороне светлого коридора.
- Малые же павильоны, особенно для лиц, неспособных к труду, могут быть построены по типу крестьянской избы. Эти домики могут быть сгруппированы как бы в виде хутора, около одного большого павильона для больных той же группы.
- В больших павильонах, кроме лазаретов и отделений для больных с обострением психической болезни, могут быть допущены большие спальни по 12–18 больных и изредка меньшие, на 4–2 кровати.
- В каждом большом павильоне должны быть особое помещение для врачебной службы, небольшой буфет с плитным очагом, небольшая собственная кладовая и клозеты.
- В павильонах, предназначающихся для работающих больных, могущих обедать в отдельных общих столовых, можно обойтись без особых помещений для дневного пребывания и даже без столовых, или устроить их в самом незначительном размере.
- При каждом павильоне, в смежности с ним, или в мезонине его должно быть жилое помещение для лиц, назначенных по уходу за больными того же отделения.
- Павильон для слабых больных, а также лазарет и отделения для душевнобольных с обострениями должны иметь свои ванные комнаты.

Эти два последние павильона должны иметь достаточное число отдельных комнат для возможности изолирования более беспокойных или трудных, заразных больных.

- Отделение для душевнобольных с обострениями вообще должно быть устроено с соблюдением всех предосторожностей относительно возможной безопасности содержания временно беспокойных больных, как для них самих, так и для окружающих.

Все эти три павильона, отдельно для каждого пола, могут быть сгруппированы вместе, и даже, буде окажется удобным, два из них, кроме лазарета, могут быть в одном здании.

- Отделение для идиотов и для слабоумных, неспособных к труду, и для малолетних может быть тоже соединено в одном здании.

Прежде чем перейти к обсуждению других сооружений колонии, мы еще должны заняться одним важным вопросом, который нарочно выдвигаем на вид особо.

Говоря о помещении некоторых больных, мы говорили условно об их дневном помещении и о столовых, находя, что в некоторых павильонах их можно вовсе не делать. Это главным образом относится до помещений больных, способных к труду, и которых, для краткости, мы будем называть рабочими.

Дело в том, что больные из отделения рабочих большую часть дня будут проводить на работах, вне их жилья. Свободное от занятий время они будут проводить или на прогулке, или где-либо за иным развлечением, часть времени пойдет на завтрак, обед и ужины, и наконец, только на время отдыха эти больные могут занять свои места в спальнях. При таком режиме им вовсе не понадобится иметь у себя свои особые помещения для дневного пребывания. В праздничные же дни, или когда почему-либо они не будут заняты ни работою, ни прогулкою на воздухе, они могут проводить время в иных помещениях, более обширных, назначенных для общих собраний больных. При таком порядке безразлично для больных, будет ли им нужно с занятий отправляться обедать и ужинать к себе, в свой павильон, или куда-либо в иное место, хотя бы в общие столовые. Столовые могли бы быть выделены где-либо в совершенно особых помещениях. Такое проектирование общих столовых представляет две главные выгоды — во-первых, в каждом павильоне не потребуется обзаводиться большим отдельным хозяйством, осложнять занятия лиц, приставленных к уходу за больными, и при этом не будет так затруднителен самый надзор за раздачею пищи больным, и во-вторых, при невозможности сделать так, чтобы кухня, при такой массе отдельных павильонов, какая здесь будет, была настолько центральною, чтобы доставка пищи при этом не представляла массы затруднений. Поэтому я предполагаю возможным устроить большие совершенно особые столовые, куда могли бы приходить больные с разных отделений по очереди или в одно время, смотря по их числу и по размеру столовых. Такие столовые, находясь в ведении экономки и имея свою особо назначенную прислугу, несомненно, представят весьма много и иных выгод, а главное, гарантии в более правильном довольствии больных, чем когда это было бы разбросано по отдельным павильонам, особенно если их будет 30 и более. В эти столовые могут приходить не одни рабочие, сюда могут сходиться и прочих категорий больные. Конечно, не все больные будут иметь возможность посещать столовые, так, например, лазарет, отделение для беспокойных, для слабых не могут быть подчинены этому режиму. Но и кроме их, многие и из других отделений не будут подходить под этот порядок, и с вероятностью многие будут составлять это исключение. Так, принимая в соображение весьма различные мотивы, можно встретить не в одном случае значительные затруднения в осуществлении такой меры поголовно. Мы и не думаем вводить такого казарменного режима. Всегда, по усмотрению врача, могут оказаться больные, которым будет разрешено оставаться у себя в павильоне целый день, или не идти в общую столовую, но за всем тем таких больных значительное меньшинство.

Эту систему труднее будет провести зимой — тут могут оказаться нередкие случаи временного нездоровья, не настолько сильного, чтобы оно потребовало перемещения больного в лазарет, но достаточного, чтобы

не позволять делать переход в холодную погоду через двор; могут быть больные, очень неаккуратные в своем туалете, и пока не удастся привести в порядок такого больного, поневоле придется ограждать его от неблагоразумного риска простудиться, наконец, могут быть больные, которые по некоторым особенностям их душевного состояния не пожелают вовсе или по временам подчиниться такому порядку. Со всем этим следует считаться. Но в общем, можно предвидеть, что значительное большинство последует с удовольствием предлагаемому порядку. Эти больные вообще любят движение — мы постоянно видим недовольных, если их в чем-либо ограничивают, и напротив, они с удовольствием принимают участие в том, что применяется для большинства. К тому же, установив такой порядок, нужно сделать все зависящее для возможного осуществления его. Нужно иметь достаточно теплой одежды для зимы, но эта одежда в колонии вообще нужна, так что в этом отношении она не будет служить только для переходов в столовые. Дорожки для перехода в эти столовые тоже должны быть достаточно удобны, чисты, сухие, где можно, даже прикрыты легким навесом. Наконец, самые столовые должны быть просторные, безукоризненно чистые, теплые и вообще устроены так, чтобы пребывание в них уже само собою представляло удовольствие для многих.

Можно быть уверенным, что при такой обстановке весьма немногие откажутся от этого порядка. Это меньшинство, кроме тех, которые остаются постоянно в лазарете, или в других аналогичных отделениях, можно сосредоточить в одном, в двух бараках, в которых будут столовые, и тогда на повозке в одну лошадь можно с меньшим затруднением доставить все, что нужно, по принадлежности. Поэтому выше мы и проектировали в некоторых павильонах небольшие помещения для дневного пребывания больных и под столовые.

Если такие общие столовые будут допущены и если по местным условиям представится возможным, лучше всего устроить их в непосредственном или близком соседстве с самою кухнею. Эти столовые вместе с тем могут служить для дневного пребывания больных для отдыха, в некоторых случаях для развлечения и соответственно этому должны быть и приспособлены.

Затем перехожу к самому существенному пункту, выполнение которого определяет и самое назначение колонии, а именно к занятиям больных.

Теперь уже всеми признано возможным приурочение душевнобольных к полезным работам. Труд для больного, в известной мере производимый даже в случаях вполне безнадежных, иногда оказывает благодетельное влияние на его полуразрушенную психическую деятельность. Сколько раз было повсюду констатировано, что даже буйный, постоянно беспокойный, неуживчивый больной, будучи привлечен к работе, делался не только спокойным и уживчивым членом учреждения, но даже оказывался вполне полезным тружеником. Я здесь, впрочем, не намерен вдаваться в какие-

либо детали с целью доказательств пользы введения занятий в колонии — это уже доказано везде, и за границею, и у нас.

Теперь нас может занимать только вопрос, как осуществить эту задачу, а тем более, чтобы ее провести в широких размерах. Выше мы видели, что из 1000 призреваемых в колонии мы рассчитываем иметь 500 способных к труду. Конечно, рабочий день каждого больного в среднем будет гораздо короче рабочего дня здорового человека, но если допустить, как это видно из отчетов некоторых подобных же учреждений, что их труд будет даже в 3 раза короче, то и в таком случае мы будем иметь силу, представляемую 150–175 здоровых, нормально работающих людей. Я думаю, что для того, чтобы достигнуть этого, нужно, во-первых, устроить так, чтобы занятия больных были возможно разнообразные. Нужно так повести дело, чтобы каждый больной, насколько бы он не был отлично подготовлен по своей профессии к особому какому-либо труду, мог найти себе в колонии возможность удовлетворить своим знаниям, опыту и привычке.

Второе, по моему мнению, тоже весьма важное условие для возможно широкого занятия больных работами — это возможность доставления работы постоянно, т. е. устранить приостановки в работах на более продолжительное время, за прекращением самой работы.

При таких условиях все занятия больных в главных чертах могут быть следующие:

Разнообразные занятия по содержанию самой колонии могут быть предоставляемы самим больным: они могут работать по двору, пилить дрова, носить их, заниматься в кухне, в прачечной, некоторым может быть поручен даже и надзор за прочими больными.

Больные могут быть приурочены к садоводству, огородничеству и к полевым занятиям.

При колонии должна быть устроена ферма, заведено молочное хозяйство, может быть устроен скотный и птичий двор, и все это должно быть введено при непосредственном участии труда больных.

Могут быть установлены занятия больных в мастерских: швейной, портняжной, сапожной, столярной. Но чтобы эти мастерские и все занятия могли в самом деле идти как следует, повторяю, необходима возможно правильная постановка этих мастерских и вообще работ и обеспечение постоянством работы. Поэтому необходимо пригласить на службу в колонию опытных мастеров, обзавести всем необходимым самые мастерские и обеспечить заказами постоянство производства.

Так, например, швейная мастерская могла бы быть поставлена в таких размерах, чтобы все текущие, ежегодные требования по некоторым городским больницам могли бы исполняться в колонии; огороды могли бы получить развитие, дозволяющее ставить на часть городских больниц зелень, например, капусту, огурцы, свеклу.

Скотный и птичий двор должен бы в значительной мере удовлетворять нужды самой больницы, главным образом молоком и некоторыми другими продуктами.

При таких условиях можно будет требовать широкого применения занятия работами больных.

Наконец, для полноты устройства помещений, служащих непосредственно для больных, следует еще остановиться на некоторых особенностях. Я имею в виду некоторые учреждения для развлечения больных. Здесь, в колонии, это больше нужно, чем в других психиатрических учреждениях. Действительно, больные, здесь призреваемые, обречены в большинстве случаев на пожизненное пребывание в ней, у них или нет семьи, или, по бедности и другим житейских заботам, их семья редко и даже вовсе не может облегчить их горе, утешить их хотя более частыми посещениями. Здесь общественная благотворительность должна им заменять этот недостаток, должно по возможности облегчить их безотрадное положение. Предоставлением им хорошего помещения, стола и ухода еще далеко не вся задача по призрению таких больных исполнена. Она, правда, пополняется в значительной мере предоставлением больным занятий — в этом больные будут иметь, конечно, неоцененное облегчение их тяжелого положения. Но, подобно тому, как и всякий нормальный человек, рядом с обязанностью трудиться, имеет право и на отдых, и развлечение, так и больные рассматриваемой нами категории нуждаются в развлечениях и отдыхе, в приятном времяпрепровождении.

Говоря короче, и этим больным должны быть доступны развлечения, и по преимуществу общественные.

Кроме парка и садов для прогулок, в колонии должны быть в широком размере допущены различные другие способы развлечений для больных, для чего, прежде всего, нужно иметь достаточное помещение. В данном случае оно не особенно затруднительно, так как для этого мог бы служить, без особенных переделок, существующий ныне каменный главный дом.

Подробности же осуществления этой задачи выяснятся впоследствии, здесь только мы желали наметить в общих чертах.

Устроив и обставив, таким образом, помещения для больных колонии, нам остается наметить еще иные сооружения, необходимые для полного ее устройства.

1. Церковь уже существует, быть может, потребуется ее лишь расширить но, быть может, окажется необходимым построить и новую, более обширную, и в таком случае можно было бы ныне существующую перенести лишь в новое помещение. Это тем более нужно, что помимо того, что ныне существующая церковь действительно очень мала, но она, будучи помещенною в 4-м этаже здания № 1, имеет еще к тому же очень узкую и неудобную лестницу, и посещение ее для многих будет крайне затруднительно, а меж-

ду тем, для этих больных утешение в религии будет составлять большое благо, и отказывать им в этом нельзя.

2. Контора.

3. Кухня и пекарня.

4. Прачечная.

5. Баня.

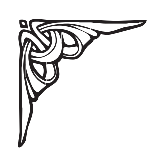
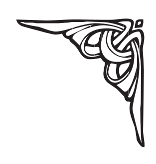
6. Аптека.

7. Часовня.

Дальше упомянем об остальных службах: конюшни, сараи, кладовые, погреба, ледники.

Наконец, придется заново устроить помещения разных мастерских и под квартиры всего того личного персонала, которому не будет отведено помещения в павильонах, занимаемых больными.

Ввиду же высказанной в начале настоящей записки необходимости открытия хотя бы 150 мест этим же летом, необходимо приступить к сооружению таких павильонов, которые в общем плане могут быть построены наискорейшим образом, и, таким образом, не мешая осуществлению общего плана, могли бы быть устроены и заняты в эту же осень.

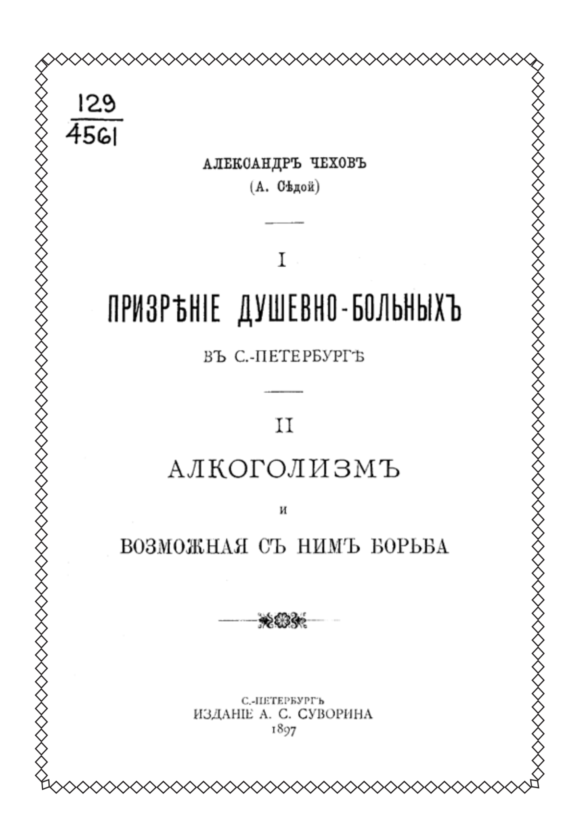



Александр Павлович ЧЕХОВ (1855–1913)

Александр Павлович Чехов — известный писатель, публицист, журналист, одним словом литератор. Значительную часть его творчества составляют публицистические очерки, посвященные специфическим сторонам современного ему быта. Среди них важное место занимает воспроизводимое нами издание, где описывается состояние психиатрической службы города во всем ее многообразии. Автор подчеркивает положительные стороны и не скрывает существующие проблемы. Первоначально эти очерки были опубликованы в газете «Новое время», в которой работал автор, а в 1897 году были собраны в одной книге.

Печатается по изданию:

Чехов А. П. 1. Призрение душевнобольных в Петербурге. 2. Алкоголизм и возможная с ним борьба. — СПб.: Изд. А. С. Суворина, 1897. — 181 с. (с. 1–116).



АЛЕКСАНДРЪ ЧЕХОВЪ
(А. Сѣдой)

I

ПРИЗРѢНІЕ ДУШЕВНО-БОЛЬНЫХЪ

ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГѢ

II

АЛКОГОЛИЗМЪ

и

ВОЗМОЖНАЯ СЪ НИМЪ БОРЬБА

С.-ПЕТЕРБУРГЪ
ИЗДАНІЕ А. С. СУВОРИНА
1897

АЛЕКСАНДР ЧЕХОВ
(А. СЕДОЙ)

Призрение душевнобольных в Петербурге

I

В прежние времена душевнобольные размещались или, вернее, заточались по монастырям. Первая мысль о постройке особых домов для помешанных в России, по словам д-ра О. А. Чечотта, была высказана императором Петром III. Екатерина II подтвердила эту мысль указом Сенату. Дома умалишенных назывались тогда долгаузами, и самый первый из них открыт был в Петербурге в 1779 году, на месте нынешней Обуховской больницы. Этот долгауз и послужил колыбелью для современных петербургских домов призрения и лечения душевнобольных. История возникновения, роста и постепенного преобразования их подробно разработана в брошюре д-ра О. А. Чечотта. В ней интересующиеся этим делом лица могут найти точные хронологические сведения.

С тех пор прошло более столетия, и уже многое сменилось лучшим. Но, тем не менее, и в наши дни русские психиатры не вполне довольны положением дела и почти все искренно и в один голос утверждают, что дело призрения душевнобольных поставлено далеко не так, как следует, не только в провинции, но даже и в таких крупных центрах, как Москва и Петербург, где устроены и устраиваются первоклассные и образцовые психиатрические учреждения. Зависит это от многих причин, но главнейшие из них заключаются, по мнению знатоков дела, в неразработанности у нас законодательства, касающегося призрения душевнобольных, и в том, что за последние два десятилетия психиатрам, земствам и городским самоуправлениям приходилось переделывать все старое на новый лад и созидать новое при недостаточности, а иногда и при отсутствии средств. По этому поводу существует уже богатая литература, но в ней грустных страниц гораздо более, чем веселых, а упований на будущие, более благоприятные времена — еще больше. Так, один из русских психиатров, главный врач одной из провинциальных психиатрических больниц Н. Н. Баженов[1] на парижском международном конгрессе 1889 года в своем докладе отметил следующее безотрадное явление: «Все приволжские губернии от Твери до Саратова и многие центральные и южные губернии обладают удовлетворительными и даже на первый взгляд прекрасно обставленными и правильно действующими психиатрическими больницами. Любой иностранец,

[1] Ныне главный врач одной из столичных больниц.

посетив эти учреждения, пришел бы к заключению, что дело призрения душевнобольных организовано у нас хорошо. Но это было бы громадным заблуждением. Все эти больницы рассчитаны только на 200–400 душевнобольных, тогда как на каждую губернию приходится в среднем до 5000 страдающих психически, идиотов и имбециликов».

То же самое приходится сказать и о Петербурге. Все психиатрические больницы в нем переполнены и все койки заняты, но за стенами этих учреждений остается еще много душевнобольных, нуждающихся во врачебной помощи и призрении.

Во внутренних распорядках, режиме и методах лечения и призрения психиатры не только у нас, но и заграницею, еще не пришли, так сказать, к общему знаменателю и не установили единообразие. Одни, напр., стоят за необходимость выделять буйных, беспокойных и неопрятных больных в отдельные, изолированные от тихих и спокойных группы; другие же горячо ратуют за совместное их содержание. По мнению последних, беспокойные и буйные элементы больницы должны быть растворены в массе спокойных: в этом — единственный способ дисциплинировать их, в этом — единственная возможность дать им человеческое существование. Надо, чтобы около буйного и беспокойного призреваемого всегда был живой пример его сотоварищей, в жизни которых разумные и человеческие интересы уже заняли значительное место; надо, чтобы всегда были готовы кадры дисциплинированных, работающих больных, к которым он мог бы примкнуть. Это подействует на него благодетельно.

Подобное же разногласие существует и относительно карцеров или изоляторов, куда временно уединяют разбушевавшихся буйных. Одни психиатры смотрят на карцеры как на необходимость, а другие отрицают их, укладывая раздраженного буйного в постель среди спокойных больных. По их мнению и опыту, больной скорее успокаивается при виде спокойно лежащих на койках товарищей.

Таких примеров можно было бы привести много, и мне придется иногда останавливаться на них попутно при дальнейшем описании главнейших петербургских больниц.

Положение врачей-психиатров — не из легких. От них требуется много знаний и еще больше гуманности и любви к делу и к своим неразумным пациентам. Часто слышны бывают жалобы на то, что прислуга обращается иногда с больными грубо и даже позволяет себе драться. Жалобы эти в некоторых случаях не лишены основания, но пинки и колотушки задаются тайком от врачей. Это — зло, с которым ведется постоянная борьба.

Чаще же всего больные бьют врачей и бьют жестоко. Я знаю одного весьма почтенного психиатра, которому служба в больнице умалишенных стоила одного ребра и опухоли на шее; опухоль пришлось удалять оперативным путем. Нет почти ни одного врача психиатра, который не был бы бит больными. Мне приходилось по этому поводу неоднократно беседовать

с врачами, и все они к этим побоям относятся добродушно. Больные дерутся большей частью исподтишка и неожиданно, так что врач едва успевает поднять руки, чтобы защитить ими лицо или схватить больного за руки.

— А что,— спрашивал я,— если бы вы вздумали ответить драчуну той же монетой и, в свою очередь, закатили бы ему пощечину? Что из этого вышло бы?

— Ничего не вышло бы,— ответил добродушно психиатр.— Этим я больного не исправил бы, а драка была бы.

Значит нужно молча сносить оскорбление?

Приходится. Не лезть же здоровому с безумными в драку. Главный принцип лечения и призрения — не репрессалии, а гуманность.

Надо видеть такого врача, когда он добродушно и даже со смехом рассказывает у себя в семье за обедом, как сегодня больной NN был возбужден и как ему, врачу, от этого больного «влетело». В рассказе не слышно ни малейшей нотки обиды. Мировоззрение — совсем в разрез с общежитейским.

II

В Петербурге недавно открылась так называемая Новознаменская дача, представляющая собою новую психиатрическую больницу. Благодаря ее возникновению дело призрения в столице свелось к следующему распределению больных между городскими больницами (не считая филиальных отделений на М. Охте и в Екатерингофе): больница Николая Чудотворца (на р. Пряжке), рассчитанная на 380 коек (на деле же 700) служит для всех вновь поступающих, иначе — для всех свежих случаев. В больнице св. Пантелеймона (на Удельной) сосредоточены опасные, буйные, неопрятные и трудные в смысле ухода и надзора. В ней 750 коек. В Новознаменскую больницу отправляются из обеих только что названных больниц спокойные, способные к труду, дисциплинированные и дисциплинируемые больные.

Таков общий план, выработанный городом. Но на практике он выполняется далеко не так точно, как на бумаге. Эго было бы физически невозможно, и доказательством этому служит то, что в Новознаменской больнице, предназначенной исключительно для тихих и спокойных, устроено также и небольшое отделение для буйных. Число всех коек в этих трех больницах доходит до 2500; но число больных всегда выше этой цифры. Каждая из этих больниц имеет свою особую, собственно ей принадлежащую физиономию, и потому необходимо познакомиться в главнейших чертах с каждою из них отдельно.

Самою первою хронологически является больница Николая Чудотворца. Прежде она была просто-напросто тюрьмой и затем уже, путем всевозможных перестроек, приспособлений и прилаживаний кое-как переделана в больницу для умалишенных. Над ее приспособлением для этой цели

трудилось немало лучших людей своего и настоящего времени, но, несмотря на это, она и до сих пор смотрит тюрьмою. В занимаемом ею здании в четыре этажа, на берегах речек Мойки и Пряжки, прежде было Исправительное заведение, сооруженное по повелению Николая I «для лиц продерзостных, нарушающих благонравие и наносящих стыд и зазор обществу».

Формально здание это стало больницей только с 1872 года, когда, по Высочайшему повелению, Исправительное заведение было переименовано в больницу Николая Чудотворца, но фактически она стала призревать душевнобольных с 1842 года, когда в ней были поставлены первые шесть кроватей для умалишенных арестантов.

Следить шаг за шагом за развитием этого учреждения было бы интересно, но для нас гораздо важнее говорить о современном его состоянии. Вот как характеризует в одном из своих печатных трудов это состояние главный врач этого учреждения доктор и известный психиатр О. А. Чечотт [2]:

> *«Уже давно и не раз было заявлено о непригодности здания больницы св. Николая Чудотворца для психиатрической лечебницы, особенно при тех задачах, которые возложены на эту больницу со времени перехода в заведывание городом. Главные стороны ее непригодности заключаются лишь в самом здании, в тесноте его помещений, в недостаточной изоляции различных отделений, в большом стеснении в помещении прислуги; одним словом, в ней недостает воздуха».*

Это было писано, если не ошибаюсь, в 1889 году, но с тех пор, несмотря на многие улучшения и перестройки, положение вещей осталось то же самое: во многих местах пробивкою сводов увеличили количество света, но воздуха не прибавилось, а число больных с каждым годом все увеличивалось и, наконец, достигло того предела, дальше которого уже идти некуда. Последовало переполнение.

Главное здание, построенное по типу тюрьмы времен Николая Павловича, все состоит из мелких комнат, расположенных по сторонам центральных коридоров и служивших некогда камерами для одиночного заключения. Помещения эти сохранили и до сих пор свой казематный характер. В большинстве случаев это — узкие камеры с далеко не совершенной вентиляцией и с количеством воздуха, достаточным только на одного человека. Но нужда, как говорится, изменяет законы, и приходится поневоле тесниться. Теснота так сильно дает себя чувствовать, что больница лишена даже возможности увеличивать необходимый штат прислуги, потому что помещение для нее отняло бы у больных и долю места, и долю воздуха. В этой больнице дорожат каждым квадратным футом пола.

Недостаток места и воздуха лучше всего иллюстрируется цифрами. По штату полагается только 380 больных. Это — та максимальная цифра,

---

[2] Записка о необходимости увеличения числа мест для душевнобольных О. А. Чечотта.

при которой больница могла бы считаться благоустроенной и могла бы выполнять свои функции лечения и призрения без стеснений. Но в настоящее время в ней скучено 715–725 больных, т. е. вдвое более нормы. Положение это несколько облегчается сравнительно недавним устройством двух бараков в больничном саду, но все же переполнение ощущается резко и сильно влияет на успех лечения больных.

Врачи этой больницы, с которыми мне приходилось беседовать, горько сетуют на эти грустные условия и все ждут лучших времен. Они утверждают, что при другой обстановке случаев выздоровления или поправок было бы больше. Бывают случаи выздоровления и теперь, но их гг. психиатры скромно приписывают не столько своим заслугам и уходу, сколько натуре и даже чему-то вроде чуда.

В последнее время роль больницы Николая Чудотворца заключается главным образом в лечении острых больных: спокойных, полуспокойных и буйных. Ее центральное положение, т. е. положение в городе, делает ее ближайшим пунктом, куда свежие больные доставляются с улицы или из полицейских приемных покоев. Здесь этих злополучных новичков исследуют и сортируют, затем буйных и острых оставляют у себя, спокойных хроников отправляют в Новознаменскую дачу, а хроников всех остальных видов препровождают в больницу св. Пантелеймона на Удельной. Таким образом, контингент больных меняется довольно часто, но цифра колеблется очень мало.

Переполнение больницы последовало сразу и таким образом. Лет восемь тому назад душевнобольные, алкоголики, страдающие белой горячкой и различными видами нервных расстройств, принимались в полицейские приемные покои и содержались там до более или менее благоприятных обстоятельств, когда можно было или разместить их по больницам, или пристроить как-нибудь, или же, наконец, выпустить на свободу. Положение этих несчастных, попадавших в приемные покои и остававшихся среди разнородного состава здоровых лиц, без соответственного лечения, ухода и надзора, было ужасно. Устные предания сообщают, что обращение с ними было далеко не гуманное: их били товарищи по заключению, а в некоторых случаях и привязывали, чтобы они не беспокоили других. С.-Петербургский градоначальник, осматривая эти помещения, был поражен неописуемо печальными картинами и тотчас же энергично стал требовать от города, чтобы больные эти были немедленно приняты в больницы для умалишенных, совершенно справедливо ссылаясь на то, что заболевшие, находясь в приемных покоях, «лишены возможности пользоваться правильным больничным лечением в то самое время, когда сие последнее, по свойству заболевания, представляется наиболее необходимым и целесообразным». Переживая без врачебной помощи острый период в полицейских покоях, заболевшие иногда волей-неволей переходили в состояние хронического заболевания, мало или же вовсе не поддающегося лечению. Чинам полиции

было предписано направлять всех заболевающих психически в больницы и в случае отказа больниц в их приеме составлять протоколы «для привлечения виновных к ответственности».

Мера эта оказалась очень действительной. В результате полицейские приемные покои были очищены от душевнобольных, а больница Николая Чудотворца оказалась сразу переполненной. В общем же дело устроилось к лучшему, потому что больные, попав в психиатрическое заведение, оказались в выигрыше. Выиграло и человеколюбие.

В настоящее время душевнобольные уже не терпят мытарств при полиции. Их доставляют прямо в больницу при форменных «отношениях» и больница принимает их без отговорок.

Больничная прислуга, так называемые служители и сиделки, на которых возлагается уход и постоянный надзор за больными, составляют у Николая Чудотворца сильно наболевшее место. Во-первых, прислуги этой мало по недостатку помещений, а во-вторых, состав ее не вполне надежен. Трудно подыскать людей дисциплинированных и преданных делу. Суть этого печального явления заключается в том, что город отпускает служителям ничтожное жалованье. В спокойных отделениях они получают по 10 руб. в месяц, а в беспокойных, где служба много труднее, — 11 с полтиною. Из этой суммы вычитается по 4 рубля на харчи. В результате очищается 6–7 рублей за ужасно утомительную службу среди душевнобольных, внутри помещений, находящихся вечно под замком. Кончается дело тем, что служители бросают дело и бегут искать более прибыльного места. Приходится брать прислугу с Никольского рынка.

Тем не менее больница не может пожаловаться и на полное отсутствие хороших служащих. В ее стенах с самоотвержением и вполне добросовестно работает несколько преданных делу надзирателей и служителей; но они, к сожалению, составляют меньшинство.

Другое наболевшее место, по крайней мере в настоящее время, — это недостаток белья и платья. Но явление это только временное, своего рода кризис. Комплект белья и платья настолько не полон, что больных выпускают при хорошей погоде гулять не иначе, как по очереди, практикуя «водевиль с переодеванием». Произошло такое обеднение оттого, что больница, отправляя из своих недр большую партию своих пациентов во вновь открывшуюся больницу на Новознаменской даче, должна была снабдить ее и всем необходимым из своего инвентаря. Пробел теперь пополняется и в недалеком будущем брешь будет заделана совсем.

Размещение больных по этажам, т. е. многоэтажность больничного здания является очень ощутительным неудобством. Буйные больные занимают в больнице Николая Чудотворца самый верхний этаж — четвертый. Это неудобно и вызывает необходимость веревочных сетей в просветах лестниц на случай падений. Неудобно также и для самих больных, которым после прогулок приходится отсчитывать массу ступеней, иногда в состоя-

нии внезапно наступающего возбуждения: не ровен час — вздумает броситься вниз головою.

В среднем этаже помещены наполовину спокойные и наполовину беспокойные. В случае сильного возбуждения приходится иногда переводить больного этажом выше к буйным. Работа эта — тоже нелегкая и сопряжена с риском, сопротивлением и борьбою на лестнице.

Поместить же буйных и беспокойных в нижнем этаже, поближе к земле, оказалось невозможным по различным соображениям, имеющим достаточное основание.

Бельэтаж занимают спокойные, для которых и помещения отделаны лучше. Здесь есть и портьеры на дверях, и занавески на окнах, и мягкая мебель, и биллиарды. Полы паркетные, и заметно желание администрации окружить больных комфортом. Садики при отделениях и организация садовых, огородных и других работ на чистом воздухе дополняют этот комфорт. Но благосостояние больных и врачебного персонала часто нарушается географическим положением больницы. При западном ветре вся эта местность наполняется дымом от соседних фабрик и вонью от костеобжигательных и альбуминных заводов на Гутуевском острове.

При наводнениях, достигающих 7 футов, дворы больницы наполняются водою, выступающей из подземных сточных труб.

Отопление большей частью — водяное, но есть немало и обыкновенных печей. Освещение частью газовое, частью — керосиновое. Несколько лет тому назад при больнице работал нефтегазовый завод, но от его услуг пришлось отказаться, благодаря взрыву газа. Отказались также и от подъемных ручных машин, проходивших на высоту всех 4 этажей. От примитивности и плохого устройства их произошло такое крушение, что их пришлось бросить.

У Николая Чудотворца призреваются и мужчины и женщины. Одни занимают левую, другие — правую сторону главного здания. Садики у них тоже отдельные и разгорожены такой высокой стеной, что больные обоих полов ни видеться между собою, ни разговаривать не могут. Предосторожность эта является далеко не излишней и практикуется во всех психиатрических больницах Европы. Оба пола сходятся лишь во время прогулок и различных домашних празднеств, устраиваемых для их развлечения. Но при этом надзор усиливается до высшей степени. Так, по крайней мере, делается в больнице св. Пантелеймона, речь о которой впереди.

В буйном отделении больницы Николая Чудотворца существуют и употребляются в дело изоляторы, куда на время запираются разбушевавшиеся больные. Комнаты эти освещаются с потолка и могут по желанию днем затемняться. Лампа висит за окном так, что больной достать ее не может. Стены голы и обшиты досками, иногда упругими, но чаще твердыми полудюймовками. Если больной вздумает биться об стену, то удары эти придутся ему солоно. Один из изоляторов был покрыт обоями, но от этих


Изоляціонная комната. видъ въ сторону дверей.

Фото начала XX века

обоев во время моего посещения висели только клочки у потолка: остальное пространство было оголено. В дверях устроены круглые окошечки для наблюдения из коридора за состоянием изолированного.

Несмотря на строгий надзор, случаи побегов бывают и причиняют администрации достаточно хлопот. Обыкновенно же больных скоро удается отыскивать и водворять обратно.

Здесь кстати будет прибавить несколько слов к сказанному раньше о том, как некоторые из современных психиатров смотрят на побеги. Один из директоров провинциальных домов для душевнобольных видит в побегах не только вполне безобидное явление, но даже и склонен проповедовать самое снисходительное к ним отношение.

— Пусть бегают, — говорит он. — Побеги показывают только, что больница, слава Богу, все более и более удаляется от типа тюрьмы. А больница меньше всего должна быть тюрьмою. Ея назначение — лечить и призревать, а не заточать.

Главный врач одной из столичных больниц с твердым и искренним убеждением рассказывал мне о выгодах предоставления больным наибольшей свободы. Он сообщил мне, со слов одного выздоровевшего пациента, как этот последний был благодарен за предоставление свободы, как эта свобода помогала ему в период омрачения рассудка ориентироваться и приходить понемногу в себя и как она благотворно действовала на его больную и наболевшую душу. Пациент был человек интеллигентный, умевший отдавать себе отчет о своей внутренней работе, и потому врач имел полное основание верить его исповеди.

Побеги в своей основе носят в большинстве случаев самый невинный характер. Муж убегает для того, чтобы повидаться с женою, сын улепетывает, чтобы посетить мать, старухи сплошь и рядом бегают на богомолье. И все эти беглецы возвращаются опять в больницу чаще всего по доброй воле. Многих, конечно, возвращают родные, но гораздо чаще их перехватывают по дороге. Сопротивление они оказывают очень редко. Опыт показал, что чем больше больному оказывают доверие, тем сильнее он стремится оправдать это доверие. Интеллигентные больные почти вовсе не бегают.

В общем, дело призрения больных у Николая Чудотворца поставлено довольно хорошо со стороны внутренней (если не считать самого главного неудобства — тесноты). Постели хороши, чистота поддерживается насколько возможно, обедают больные на скатертях, работают и развлекаются. Напрасно даже самый упорный пессимист стал бы искать таких сторон, которые указывали бы на недостаток человеколюбия, гуманного обращения и надзора и ухода со стороны врачей. Во многих больницах, где больных много, а врачей мало — эти последние являются прямо мучениками своего долга, в чем и сознаются иногда в откровенной и задушевной беседе.

У Николая Чудотворца одна скорбная жалоба: «нет людей! людей нет!»

III

В Екатерингофе существует на Молвинской улице дом-дача, в котором призревается до 70 душевнобольных спокойных и слабых женщин. Дом этот составляет как бы филиальное отделение больницы Николая Чудотворца, из которой ежедневно присылается в сыром виде провизия. Заведует этим учреждением самостоятельно и отдельно врач-психиатр, в распоряжении которого находится надзирательница и необходимый штат прислуги.

Дом этот, так же, как и остальные городские больницы, служит яркою иллюстрацией тех человеколюбивых и административных усилий со сто-

роны врачей, которые помогают им создавать что-либо сносное при самых неблагоприятных для них условиях. Нужно много труда для того, чтобы обставить больных так, чтобы им жилось более или менее сносно и по-человечески среди страшной тесноты.

Нет сомнения, что и город в свою очередь делает все, что от него зависит, но нельзя, даже при полном желании, сказать, что им уже сделано все. Улучшений, и притом самых капитальных, предстоит еще много. Это особенно резко выступает в Екатерингофском доме.

Вообразите себе двухэтажную деревянную, не первой молодости дачу, приютившуюся среди других обывательских дач на берегу покрытой плесенью и вонючей от разлагающегося ила речке Бумажной. В этой даче восемь комнат, кухня, ванная и комната для надзирательницы. В этих восьми комнатах размещены семьдесят больных и прислуга. Когда комплект больных полон, то получается впечатление, заставляющее вспоминать о бочке с сельдями. О нормальном кубическом содержании воздуха нечего и думать. Обмен воздуха достигается продырявленными жестяными листами, заменяющими в окнах форточки. Везде, во всяком уголке, видно педантичнейшее стремление к чистоте, каждая койка носит следы заботливого ухода, но это отрадное впечатление пропадает при виде страшной скученности и тесноты и при отсутствии воздуха. Я посетил это учреждение летом в яркий солнечный теплый день, и меня поразил этот недостаток воздуха. Что же должно происходить здесь зимою при наглухо заколоченных окнах и закрытых дверях?! Понять это легко, если вообразить себе обыкновенную комнату, в которой живут 9–10 человек сразу. Теснота доходит до того, что днем прислуга, не имея другого убежища, проводит время в ванной комнате.

В пожарном отношении екатерингофское убежище, если и не представляет собою чего-нибудь ужасного, то, во всяком случае, далеко не обеспечено от огня. Из первого этажа во второй ведет деревянная, довольно узкая лестница. Наверху же больных больше, чем внизу, и, кроме того, там же помещаются и слабые, требующие при движении посторонней помощи. Затем самый дом, как деревянный, может вспыхнуть так же быстро, как обыкновенно горят у нас дачные постройки, разгорающиеся в костры до прибытия пожарных команд. Освещение керосиновое. Топки обыкновенные. Кухня — с вмазанными котлами, довольно тесна. Входная дверь — обычной ширины. Не дай Бог пожар — дело примет такой плохой оборот, что даже и подумать страшно. Спустить по узкой лестнице душ 40 душевнобольных — задача нелегкая.

Конечно, нужно сказать: слава Богу и за то, что семидесяти больным даются приют и очень хороший уход и пища, и порадоваться тому, что они не на улице и не без призора. Нужно отдать полную справедливость врачебному и служебному персоналу, но все-таки, положа руку на сердце, нельзя не сознаться, что после посещения этого дома выносишь невольно

тяжелое и угнетающее душу чувство. Трудно и очень трудно приспособлять под психиатрические убежища здания, построенные для иных целей.

IV

Больница св. Пантелеймона расположена близ станции Удельной, Финляндской железной дороги, почти у самых рельсов. По другую сторону рельсов лежит дачная, густо заселенная местность. Рядом с этой больницей находится Дом призрения душевнобольных, учрежденный покойным Императором Александром III. Близость обеих больниц, населенных таким опасным, по мнению публики, элементом, как душевнобольные, нисколько не беспокоит дачников, и по праздникам они охотно посещают больничную церковь и молятся вместе с сумасшедшими.

Врачебный персонал следует шотландской системе отпертых дверей, павильоны со спокойными больными отперты весь день и запираются только на ночь. Больные пользуются свободой, гуляют по саду и производят все внешние работы на открытом воздухе: колют дрова, чистят дорожки, работают в огороде и т. д. Но они свободны только в пределах больницы. За порог калитки, соединяющей больницу с остальным миром, они могут выходить не иначе как с разрешения главного врача. У калитки и день и ночь дежурит сторож. Больные слабые и паралитики большею частью прикованы к своим койкам болезнью и составляют наиболее безопасный элемент; беспокойные или буйные живут в павильонах, двери которых всегда держатся на замке.

Врачебный персонал в предоставлении больным известной доли свободы (сообразно с болезнью и доверием, которое внушает пациент) и в труде видит самое лучшее и действительное лекарство. Поэтому в больнице врачами устроены различные мастерские и в них идет постоянная работа. Все больничное белье изготовляется вновь и чинится душевнобольными, в мастерской, где плетутся соломенные шляпы и разные корзинки, работа идет так успешно, что все больные ходят в головных уборах местного производства и, кроме того, часть изделий продается на сторону. В больнице пациенты сапожничают, портняжничают и переплетничают, а летом работают в огороде и в саду.

Работа действует на них благотворно, отвлекая их от бредовых идей и занимая их. Достаточно войти в мастерскую, чтобы убедиться в этом. В шляпной мастерской, напр., работает больной, который убежден в том, что ему нужно получить из казначейства пособие в 20 рублей 42 копейки, но что это пособие кто-то злостно задерживает. Об этом горе он готов рассказывать и день и ночь всякому, но, увлекшись работою, он невольно забывает эту идею и отдыхает от нее. На женском отделении пациентка твердо уверена, что она совершенно здорова, и постоянно горюет о том, что ее почему-то не выпускают из больницы. За работою она забывает

об этом. Неудачник, никогда не бывший в военной службе и оплакивающий честь замаранного кем-то мундира, бредит тем, что, хотя он и не занимается «землей и волей», тем не менее, все войско будет на его стороне, как только он выйдет из больницы. Бред его значительно ослабевает, когда он занят делом.

Врачи стараются даже изобретать работы. Я знавал в этой больнице интеллигентного больного — некогда певца, артиста и поэта, произведения которого изредка попадали в печать. Попав в больницу, он возымел желание издавать журнал. Ему тотчас же доставили бумагу, перья и чернила. В этом журнале он помещал свои стихи, рассказы и карикатуры. Все эти произведения, носившие следы несомненного таланта, но перемешанные с больным бредом, были обличительного характера. Но скоро материал иссяк, и больной стал охладевать к своей работе.

— А вы обличайте в вашем журнале нас, психиатров, — посоветовал ему главный врач.

Больной воспрянул духом, и долго потом его праздное время было занято работой, и из-под его пера вышло немало эпиграмм и портретов лиц психиатрического мира. Журнал никогда не выходил из пределов больницы, но, к сожалению, он прекратился. Автора, редактора и издателя его перевели в другую больницу. Он оказался слишком влюбчив, ухаживал за душевнобольной артисткой и пел ей под окном страстные серенады, в ответ на которые гордая красавица бросала ему в лицо куски котлет и остатки своего обеда.

При выборе труда врачи сообразуются с индивидуальностью больного. В этом отношении можно указать на один очень счастливый случай. В больнице есть библиотека. Заведывание ею поручено душевнобольному — почтенному старцу с большой седою бородой. Выбор библиотекаря оказался очень удачен. Книги, газеты и журналы содержатся в педантичнейшем порядке и библиотекарь занят составлением в сотый раз одного и того же каталога. На книги он смотрит как на вверенное ему неоценимое богатство, и выдает их не иначе, как под расписку, а иногда и отказывает просящему. Подчас даже и врачу нужно бывает уламывать ревнивого старца, чтобы получить книгу. Похвалить его библиотеку — значит сделать его на целую неделю счастливым именинником. Для другого же дела он не годился бы вовсе.

Все приведенные примеры показывают, как нелегко психиатру бывает иногда придумать такое дело, которое было бы больному по душе и увлекало бы его. Больные без работы очень жалки. Ничем не занятые, они предаются своим болезненным фантазиям и ужасно страдают от этого. В таких случаях и бред их проявляется сильнее, и речи делаются несуразнее.

Идет, например, доктор по саду из одного павильона в другой. На пути его встречает праздная больная и задает вопрос:

— Ты знаешь астрономскую науку?

— Нет, не знаю, — отвечает врач.
— Врешь.
— Право, не знаю.
— А я тебя хотела спросить по астрономской части… Жаль, что ты не знаешь.
Больная отходит недовольной.
Не менее праздный больной, по ремеслу наборщик, слывущий остряком и всегда украшающий шляпу перьями и вырезками из газет, полусерьезно и полунасмешливо, но в сущности добродушно острит, обещая отрубить головы всем врачам.
— Разве вам ваши головы не дороги? — говорит он. — Если я отрублю вам их, то мне ничего не будет за это: я ведь — сумасшедший, а с сумасшедших не взыскивают…
Продолжая разговор дальше, он отпускает остроту насчет персидского шаха, уверяет, что Гордона-пашу растоптали слонами, и вдруг задает с ехидным выражением вопрос:
— А слоны разве бывают на свете?
— Бывают.
— А крокодилы есть?
— И крокодилы есть.
— Вот так штука…
Профессия наборщика выработала в нем особенную черту: он превосходно помнит ужасающую массу имен политических деятелей, государственных людей, артистов, художников, путешественников и всякого рода Гордонов-пашей. В одну минуту он без затруднения может насчитать до двух сот имен. Другая особенность его — страсть к воровству, не ради стяжания, а из любви к искусству: украдет и сейчас же возвратит, но украсть — для него наслаждение. Посетителей он предупреждает: «Берегите ваши часики», — и если к нему в руки попадает стакан чаю с ложечкой, то он просит: «Нет, уж ложечку вы пожалуйста возьмите, а то украдут».
Работу нашли и для такого субъекта. Вообще внутренняя жизнь больницы течет исправно, мирно и хорошо. Больным предоставляется все, что только диктует психиатрия, до последнего ее слова. Но, к сожалению, нельзя сказать того же о самой больнице, о ее стенах и зданиях. Вся она стара и понемногу разрушается. Ремонт помогает мало. Нужна капитальная перестройка. Почти все здания (за исключением 2–3 новых) давно уже отслужили свой век. Во времена оные в этих зданиях помещалось земледельческое училище, потом некоторое время стояла артиллерия, затем в этих стенах помещалась соматическая больница и, наконец, сюда поселили душевнобольных. По одной этой истории можно судить, насколько мало приспособлены эти помещения для призрения умалишенных. Нужно обладать большою находчивостью, чтобы в зданиях, которые строились для училища, уметь устроить все необходимое для превращения их в психиатрическую лечебницу.

Но, к сожалению, превращения этого не было. Все 37 построек (опять-таки за исключением 2–3 новых) разрушаются. Их ежегодно подмазывают снаружи и изнутри, но это помогает делу мало. Нужен капитальнейший ремонт, но у города нет денег (?). А деньги нужны, и крайне нужны. Едва ли кто может поверить, что в больнице есть, например, такой павильон (№ 1), в котором деревянные сени отстали от стены дома на целую четверть аршина и в просветы бьет дождь и снег. Есть павильоны, окна которых расположены почему-то выше человеческого роста, под потолком, и запертые в этих павильонах больные лишены возможности видеть Божий мир. Летом, когда дни ясны и теплы, это не так заметно, но зимою это лишение света становится тягостным и действует удручающим образом. В 15 жилых зданиях рассортировано до 760 больных. Вентиляция примитивная, скученность страшная и воздух, особенно зимою и у неопрятных, таков, что… о нем и говорить нечего.

В пожарном отношении все эти постройки по своему расположению далеко не безопасны, что уже и показали в короткое время два порядочных пожара и один вовремя захваченный поджог. Вероятно (чего, конечно, Боже сохрани), пожары будут и впредь, потому что освещение производится с помощью жестяных керосиновых лампочек. Лопни какая-нибудь из них или попади она в руки душевнобольного — и за последствие ручаться трудно. Один из пожаров произошел в павильоне, где были спокойные, и их удалось вывести; но случись это в беспокойном или в слабом отделении, в котором скучено до 70 паралитиков, — один Бог ведает, что могло бы произойти. Боязнь пожара — это вечный и неотступный кошмар, который преследует врачебный персонал этой больницы и днем и ночью.

Водопровод есть (из Шуваловского озера), но на пожарах он службы своей не сослужил и на него, до переделки и переустройства, надежда плохая. Главный врач хлопотал об устройстве электрического освещения, но его хлопоты почему-то успеха не имели.

Много и много требуется, чтобы привести больницу св. Пантелеймона в порядок и чтобы хоть сколько-нибудь приспособить ее здания для целей психиатрии. Производимый ежегодно ремонт играет такую же роль, как заплата на рубище. В этом сравнении нет ничего преувеличенного. Больница, помещенная в ветхие деньми[3] здания, вступила уже во второе десятилетие своего существования, и за все это время город нашел возможным перестроить старую кузницу в павильон (XV) для 20 беспокойных больных, перестроить кухню, обновить пострадавшие от пожаров павильоны и провести водопровод. Остальное понемногу догнивает и, подчиняясь влиянию времени, понемногу, но неуклонно движется к разрушению.

Больным от этого, конечно, не весело… Перехожу снова к их житью-бытию.

---

[3] Так у автора. *Ред.*

V

В хорошие летние дни больные в сопровождении докторов, смотрителей, служителей и сиделок совершают прогулки по окрестностям больницы за несколько верст. В этом отношении больница св. Пантелеймона очень стеснена. С одной стороны к ней примыкают рельсы Финляндской железной дороги, а с другой — ее ограничивает полотно озерковской ветви Приморской дороги. Удельная, Озерки и Шувалово переполнены дачниками, среди которых появление группы душевнобольных произвело бы переполох. Ввиду этого на долю бедных больных остаются только малолюдные, дурные дороги и уединенные места по направлению к Каменке и Зверинцу. Тем не менее, прогулки эти бывают очень веселы и производят на больных благотворное действие. После таких путешествий, продолжающихся несколько часов, они чувствуют подъем духа в лучшую сторону и спят крепче.

Во время этих прогулок играют на скрипках и арфах бродячие музыканты, надоедающие дачникам своей фальшивой музыкой. Но здесь они вполне у места и доставляют огромное наслаждение. Обыкновенно где-нибудь в пустынном лесу делается привал. Больным раздаются бутерброды и предлагается чай. Музыканты, ужасно фальшивя, играют танцы, и желающие танцуют польки и вальсы. В прогулке принимают участие оба пола. Кавалеры любезничают и говорят дамам комплименты, дамы отвечают тем же. Но иногда и та и другая сторона по неизвестным причинам вдруг начинают браниться и говорить друг другу очень нелестные вещи. Но это продолжается недолго, и по той же неизвестной причине снова наступает мирный и любезный разговор.

Несмотря на всю бдительность больничного персонала, изредка с этих прогулок совершаются побеги, но все они кончаются благополучно. Нынешним летом во время пикника в лесу исчезла одна из женщин. Поиски не привели ни к чему. Но часам к 10 вечера она сама вернулась в больницу на свою койку и на расспросы сиделки ответила:

— Я вовсе не бегала. Мне просто надоело гулять с сумасшедшими, — я и ушла в сторону. Нагулялась, сколько мне было угодно, и пришла домой. Кажется, я ничего дурного не сделала.

Кстати добавлю к сказанному ранее о побегах. Не все врачи смотрят на них, как на зло. Если задает тягу спокойный больной, то особенного беспокойства в больнице это не вызывает. Душевнобольной в Петербурге далеко уйти не может и дело всегда кончается тем, что или он сам возвращается на свою койку или же его доставляют родные и в крайнем случае полиция. Некоторые и притом очень уважаемые врачи-психиатры держатся даже того мнения, что больница, не допускающая побегов, является уже не больницей, а тюрьмой. В одно из моих посещений, когда мы с доктором проходили во двор больницы, сторож доложил, что он только что задержал

больного, который удрал из другой больницы и пробирался пешком мимо больницы св. Пантелеймона в Шувалово навестить мать.

Доктор осведомился, куда его поместили, и затем, идя со мною дальше, как бы про себя проговорил:

— А жаль, что его перехватили так близко от цели. Пройди он другой дорогой — побывал бы у матери, а оттуда все равно к нам бы его доставили.

— Что же вы теперь с ним будете делать? — спросил я. — Опять водворите?

— Да. Сначала уведомим, а потом, вероятно, и отправим.

В праздники для пациентов всегда устраиваются какие-нибудь увеселения. Зимою они танцуют в одном из павильонов под звуки рояля, поют и играют. На рояле играют и аккомпанируют или сами больные, между которыми есть музыканты, или же родственники больных. Летом танцы происходят на открытом воздухе под тенью нескольких деревьев на утрамбованной и усыпанной песком площадке. Площадка устроена самими же больными.

Как теперь помню один из таких вечеров. В воздухе после томительно жаркого дня повеяло прохладой. Тучки, грозившие до этого желанным дождем, пролили только несколько капель и обманули ожидание; но все-таки стало свежее. На площадке, окруженной скамейками, сидели два бродячих музыканта с арфой и скрипкой и какофонили порядочно. Но многолюдная толпа больных мужчин и дам в собственных и больничных костюмах была в восторге и весело и с чувством отплясывала по песку легкие танцы. Более степенные или уставшие сидели на скамейках и критически рассуждали о танцах и о празднике или же мололи разный вздор и продиктованную больным мозгом чепуху. В одном уголке площадки два-три человека старались что-то пропеть хором и надрывались, но у них ничего не выходило: каждый тянул свое и по-своему.

Тут же неподалеку сиделка разливала в чайные чашки из куба клюквенную сладкую воду, которой танцоры утоляли жажду.

Для простецов музыканты заиграли какую-то смесь «камаринской» с «казачком». Некоторые из больных тотчас же пустились в пляс. Женщины стали выделывать па, помахивая над головою платочками. Но в этой пляске бросалось в глаза то, что каждый плясал сам для себя, нисколько не заботясь о соседе. Если кавалер и дама случайно оказывались визави, то это продолжалось всего только несколько секунд. Каждый старался работать ногами, не обращая внимания на других плясунов. Но все-таки на лицах было написано оживление и искреннее удовольствие. Если бы не однообразные больничные костюмы и не несуразные речи, то посторонний ни за что не догадался бы, что это — душевнобольные. Иллюзию довершало еще множество вертевшихся между танцующими детей, одетых в праздничные платьица. Это были чада смотрителей и служителей. Они тоже

веселились, не сознавая окружавшей их, горькой для взрослого, истины. Для них, впрочем, это не новость. Я их видел не один раз играющими в блаженной невинности на ступенях буйных бараков, среди беспокойных больных.

У многих плясавших лица дышали вдохновением. У других на лице можно было прочесть отголоски того времени, когда они танцевали на свободе. Польки и вальсы исполнялись с увлечением. Если не хватало кавалеров, их роль исполняли дамы. Кавалеры во все время танцев вели себя степенно и сдержанно, но дамы иногда отпускали нецензурные словечки.

В антрактах между танцами больные вступали в разговор с доктором и со мною. Разговоры были неинтересные. Одна больная просила подарить ей что-нибудь по случаю ее именин, другая уведомляла, что предъявила куда следует все необходимые документы, и удивлялась, почему ее до сих пор не выпускают. Третья без церемонии оттолкнула эту вторую и грозно заявила ей:

— Какое право вы имеете приставать к нашему доктору? У вас есть свой: к нему и обращайтесь. Это — нахальство!..

Но так как ее никто не слушал, то она пожала плечами и замешалась в толпе, продолжая выражать свое неудовольствие до тех пор, пока ее внимание не было отвлечено чем-то другим.

В 9 часов вечера дежурный дирижер танцев (из больных) вынул из кармана часы и, показывая их танцующим, громко заявил:

— Господа, прошу прикончить. Уже пора.

Со всех сторон раздались возгласы самого искреннего сожаления и просьбы продолжить танцы еще хоть немного. Но дирижер был неумолим.

— Вам сейчас сыграют маршик, — утешил он. — Кавалеры, берите ваших дам и попарно пожалуйте каждый к себе домой.

Группа зашевелилась. Музыканты выступили вперед, и вся остальная публика двинулась за ними, стараясь, не всегда, впрочем, успешно, идти в паре. Пары не клеились. Все пошли толпою по направлению к павильонам. Это было очень оригинальное и, до известной степени, торжественное шествие под звуки марша, и продолжалось оно всего несколько десятков шагов. Больные гуторили, прощались, благодарили друг друга, выражали надежду встретиться снова, и шествие замыкалось горланившими во всю глотку певцами, которым не удалось в уголку спеть намеченное трио. Независимо от них юркий еврейчик фальшиво выводил «Среди долины ровные».

В больнице св. Пантелеймона к услугам больных устроены разные игры: кегельбан, столб для лазанья на призы, бревно и проч. Существует и театр. Как его ухитрились соорудить — трудно сказать. Представляет он собою легкую деревянную постройку из досок, с крышей, поддерживаемой внутри столбами. Сценка очень невелика, но сносна и достаточно благоустроена и даже снабжена микроскопическими уборными. Декорации и передний

занавес интересны в том отношении, что все они писаны на картоне и на холсте одним из душевнобольных.

Во время представлений театр бывает полнехонек. Спектакли даются редко, по очень большим праздникам, или же в такие дни, когда подберется достаточный контингент любителей. Врачи и их семьи принимают в лицедействе большое участие. Зрителями являются больные и их гости. Следят больные за всем происходящим на сцене с живейшим интересом и иногда настолько входят в роли действующих на сцене лиц, что подают им советы даже. Если по ходу пьесы актер поставлен в затруднительное положение, то два-три голоса из партера непременно подскажут ему, как нужно выйти из этого положения.

Один из спектаклей, происходивший 27 июля, уже описан мною в «Нов. Вр.» и потому повторять его описание надобности нет. Скажу только, что театр производит на больных удивительно хорошее впечатление и вызывает невольно желание, чтобы спектакли в нем давались почаще.

VI

До сих пор мне приходилось говорить только о прошлом и настоящем городских больниц для умалишенных и отмечать, между прочим, в них такие стороны, которые требуют улучшения. Теперь же дальнейшие строки я должен посвятить описанию больницы будущего, т.е. учреждения, начало которому положено недавно и дальнейшее развитие которого обещает очень много хорошего, если дело будет поведено умеючи и с толком. Это — недавно приобретенная городом Новознаменская дача по Нарвскому шоссе. Дача эта дышит тем широким и отрадным простором, которого совсем нет в остальных городских учреждениях, призревающих душевнобольных.

Новознаменская дача представляет собою старое барское имение, бывшее Мятлевых, раскинувшееся на 169 десятинах по обе стороны Нарвского шоссе. Имение это тянется почти на четыре версты узкой полосою и одним своим концом уходит в море, а другим почти упирается в полотно Балтийской железной дороги, между станциями Лигово и Сергиево. Здесь есть прекрасный, обширный, но порядочно запущенный парк, есть пруды, есть лес, есть покосы, дающие до 6 тыс. пудов сена, огороды и, наконец, два старых барских дома, с остатками царившей в них некогда роскоши. В одном из этих домов уцелели комнаты: мраморная, в которой, по преданию, не один раз ночевала императрица Екатерина II, китайская — с китайскою живописью по металлу на стенах, пестрая (кажется, даже изразцовая) бильярдная, в которой не раз проводил время с кием в руках А.С. Пушкин. В этом же доме сохранился почти во всей неприкосновенности и зал в два света, из окон которого открывается живописный вид на море. Стенная живопись



Новознаменская дача. Второй павильон

и расписанные потолки сохранились и до настоящего времени. Все эти некогда роскошные помещения с лепными карнизами и амурами на потолках заняты душевнобольными. В комнатах, когда-то посещавшихся высокопоставленными лицами, теперь симметрично расставлены постели, устроены столовые и рабочие комнаты. На бильярде, бывшем свидетелем игры А. С. Пушкина, теперь упражняются больные и катают по нему шары, не подозревая, что этот инструмент имеет заслуженное прошлое и историческую ценность. Его, впрочем, берегут очень заботливо.

В самом верхнем этаже сохранилась домашняя церковь, но она очень мала. Теперь здесь строят новую и очень поместительную. Это будет большое здание, обширный зал которого будет совмещать в себе общую столовую, место для чтений и бесед и место для молитвы. За стеною будет помещаться алтарь. Стена будет раздвижная, и во время богослужений все помещение будет превращаться в церковь. Таков план, по которому возводится это новое здание.

На старые барские здание, построенные на сводах, в которых, по взглядам современной архитектуры, нет и не было никакой надобности, с коридорами, людскими, девичьими и кладовыми, рассчитывать нельзя. Оба дома по возможности приспособлены под больницу, но неудобны. Ввиду этого городом возводятся в парке два новых обширных здания, в два этажа каждое, которые будут готовы к осени 1897 года. Кроме того, к осени 1898 года

будут построены помещения для слабых и беспокойных больных со всеми приспособлениями, которые диктуются психиатрией. Воздуха и света в них будет большое количество. Эти-то ожидаемые здания и составляют то приятное для больницы будущее, на которое возлагается так много надежд.

Парк обширен и разрабатывается больными. По красоте он может назваться одним из лучших парков под Петербургом. Больные, поодиночке и группами, пользуются его лужайками и тенью, на которые, после тесных больничных садиков в городе, даже отрадно смотреть. По парку разбросаны разные здания и службы; в парке же производится и большинство работ, возможных на открытом воздухе и отвлекающих больных от их бредовых идей. Здесь идет пилка дров, там больные копаются в цветочных и огородных грядках, в третьем месте проводят и утрамбовывают дорожки и т. д. Работа идет кипучая, полезная, веселая и приятная для больных. Множество зеленых лужаек и полянок и мостики через ручеек довершают живописную картину. Если психиатры справедливо верят в воздух и труд, как в целебные факторы, то процент выздоровлений здесь должен быть выше, нежели в других больницах. Это, впрочем, покажет будущее.

Новознаменская дача открыта недавно. В настоящее время в ней помещаются пока 409 человек. По штату полагается 400, но можно поместить без особенного стеснения и 420. В начале августа в больнице было 266 мужчин и 143 женщины.

По мере того, как будут населяться возводимые теперь новые здания, число больных предполагается увеличить к концу 1897 года до 700 и к концу 1898 — до 800 человек. Хотя по общему плану предположено призревать со временем в Новознаменской даче 1600 больных, но местный врачебный персонал предполагает до поры до времени остановиться на 800 и, что называется, поосмотреться, справедливо мотивируя это желание тем, что оборудование этой больницы-колонии — дело еще новое и что развивать ее нужно постепенно и не спеша. Большой наплыв больных сразу затормозит плавное течение развития. Нужно подготовить места для огородов, расширить сенокосы, завести травосеяние, увеличить мастерские и т. д., словом, поставить дело так, чтобы на всех больных хватило дела и чтобы заведенное уже сельское хозяйство служило не одним только местом приложения труда, но и приносило бы существенную пользу в домашнем обиходе. Так, напр., существующая теперь в колонии ферма с 15 коровами и 6 лошадьми позволяет свободно поить настоящий контингент больных молоком и обрабатывать огород настолько, что овощей хватает на круглый год. Но увеличить ферму нельзя до тех пор, пока не будут разработаны и выкорчеваны новые места для сенокоса. Когда увеличится место для огорода и будет прикуплена соседняя «Сабуровская» дача (ныне арендуемая больницей), тогда можно будет расширить ферму и посадку овощей, а ста-

ло быть, и увеличить количество больных. Но все это нужно производить исподволь и не спеша. В этом лежит главный залог успеха. Таков, по крайней мере, теперешний расчет врачебного персонала.

Спешить с расширением нельзя еще и потому, что большинство улучшений и введение сельского хозяйства производится не наемными людьми, а трудом душевнобольных. Труд же этот, как мы увидим ниже, далеко не столь продуктивен, как труд здоровых людей. Главный врач больницы Н. Н. Реформатский ведет строго научную статистику труда своих пациентов, и беспристрастные цифры дают вывод, из которого следует, что душевнобольные, при всем усердии и охоте, производят очень много бесполезной и совершенно непроизводительной работы.

В Новознаменской даче везде светло и чисто. Дышится легко. Простора хоть отбавляй. О том, как широко колония раскинулась теперь, в своей, так сказать, начальной стадии, можно судить уже потому, что зимой ее отапливают 269 печей, а в число упований на будущее занесено и центральное отопление.

Но в этом милом уголке существует одна беда и беда серьезная, с которой, во что бы то ни стало, необходимо считаться. Нет совсем хорошей питьевой воды. Есть свои большие пруды (и даже с купальней) и море близко, но прудовая вода грязна и плохо исправляется даже угольными фильтрами, а из моря воду брать нельзя потому, что временами она солона, и кроме того, несет с собой примеси городских нечистот, которые, как известно, помимо услуг сточных труб, вывозятся в море еще особо устроенными барками.

Пробовали бурить артезианский колодезь. Но и здесь дело оказалось более чем скверно. Сначала бурение производил проф. Войслав, но его буровая не дала ничего. Затем стали бурить бар. Штейнгель и Лауенштейн. Они дошли до глубины 66 футов, но и здесь вода оказалась негодною для питья. Вообще вопрос о водоснабжении этой густо заселенной колонии не исследован ни при покупке ее городом, ни теперь, и составляет весьма больное место. Изыскания ведутся, но они еще не окончены. Теперь же здесь принуждены пить прудовую воду, пропущенную через крумбюгелевские фильтры и обязательно прокипяченную.

Другая беда по водоснабжению заключается в отсутствии парового двигателя. Водопровод из пруда есть. Но воду качать приходится ручным насосом, работающим ужасно тяжело. На работу должны становиться всякий раз не менее шести человек в полуподземной будке, на берегу пруда. Но этого мало: в нескольких отдельных зданиях существуют свои собственные насосы, не зависящие от центрального. Воды потребляется много, но накачивание ее сопряжено с таким тяжелым и усиленным трудом, что его справедливо сравнивают с египетским. Все надежды теперь сводятся к тому, что город смилостивится, даст хорошую воду для питья и на месте

«египетского» ручного насоса поставит паровую машину. По совести говоря, это следовало бы сделать давно.

VII

Труд для душевнобольных на Новознаменской даче рассчитан так, чтобы из этого учреждения организовалась столько же больница, сколько и колония. В ней содержатся: острые — выздоравливающие; больные, находящиеся в периоде поправления; недисциплинированные, но способные к труду; дисциплинированные хроники; слабые беспокойные и неопрятные и, наконец, беспокойные и буйные хроники. Помимо упомянутых уже работ в парке, в огороде и вообще на открытом воздухе, немало полезного дела производится и в мастерских. Здесь больные портняжничают, сапожничают, столярничают, переплетничают, слесарничают, картонажничают и плетут корзины. Зимою плели из соломы маты и половики, теперь же плетут из ивняка корзины для того, чтобы собирать в них созревшие огородные овощи. Об успехах огородничества можно судить уже по тому, что к средине августа было собрано и посолено на зиму 30 тысяч штук огурцов и большие поля капустных гряд и картофеля еще зрели и оставались нетронутыми. Все эти сельскохозяйственные блага идут целиком на удовлетворение нужд колонии. На сторону продаются только некоторые изделия мастерских, как, например, аптечные коробочки для лекарств и еще коекакие предметы. Принудительного труда не полагается, но больных всячески стараются приохотить к работе. Для этого больного изучают со всех сторон и следят за малейшими оттенками его характера. Примеров этому много, но я приведу только следующий. В течение целой зимы больной упорно отказывался от работы и даже тосковал. Ни убеждение, ни просьбы не помогали. Упорство было отчаянное. Но на него не махнули рукой, как на отпетого, а стали тщательно изучать его, если можно так выразиться, душевные изгибы. Результат получился блестящий. Пришла весна, сошел снег, стало пригревать солнышко, и больной заметно повеселел. Ему предложили заниматься обработкой сада. Он согласился охотно, ожил, в короткое время разобрал более тысячи корней георгин, развел и засеял цветы, и теперь в парке раскидано много прелестных цветочных клумб. В августе больной склеил собственноручно большую картонку-шкафчик с массою мелких выдвижных ящичков и с усердием и любовью собирает в них семена для будущего года. Таким образом, благодаря тому, что на чудака не махнули рукой, — открылся целый талант. Подобных случаев несколько.

Кстати о бесполезных работах. Их тоже много. Есть, напр., больная, которая задалась целью вышить по канве столько священных изображений одного и того же содержания, сколько существует в ее понятиях прославляемых религией мест: монастырей, храмов, часовен, пустынь и т. д.



Новознаменская дача. Пациенты в часы досуга

Задавшись этой идеей, она вышила более тысячи своих иконок, и все это, конечно, напрасно, потому что очень уродливо. Другая больная делает из черного и белого хлеба четки и крестики; третья обладает прямо художническим талантом и исчерчивает карандашом уйму белой бумаги, делая на ней плохие рисунки.

Существует еще больная, страдающая вторичным слабоумием. Она постоянно занята, постоянно работает, и коллекции ее изделий очень интересны в патологическом отношении, показывая, как постепенно в человеке гаснет от развившегося недуга Божья искра и разум. В былые времена женщина эта производила сносные рукодельные работы, затем стала делать их хуже и, наконец, перешла на разную чепуху: найдет камешек, оклеит его с помощью хлеба стеклышками и кусочками дресвы; отыщет донышко разбитой чашки или бутылки и налепит грубый хлебный крестик; из спичечной коробки сделает колыбельку для бумажного младенца; обрубок дерева превратит в какой-то загадочный бесформенный предмет и т. п. — и все это в ее глазах имеет ценность, имеет смысл и вяжется с известным представлением. Для врача же эта коллекция представляет собою лестницу, по которой сознание и здравый смысл пациентки постепенно и наглядно спускаются к нулю. Грустная коллекция. Она целиком хранится в музее колонии.

Музей, о котором я только что упомянул, помещается пока еще в одном только большом шкафу, но со временем для него хотят отвести отдельную

комнату. Он вполне заслуживает этого, как, в своем роде, редкостное собрание коллекций. Все заключающееся теперь в шкафу — работа душевнобольных. Здесь есть все, что хоть сколько-нибудь может говорить о душевнобольном, о его характере, болезни и бреде. Тут целые вороха рукописей, рисунков и чертежей, тут разные изделия, начиная от прекрасного, до обмана художественного букета искусственных цветов и кончая хлебными четками, бутылочными донышками и кусочками дерева с осколками стекла. Здесь же собраны и образцы досок, выломанных буйствующими из стен изоляторов, собрание ножей и разных предметов, с которыми больные могли бы выступать с покушениями против врачей, и, наконец, здесь поставлено даже несколько посудин с водкой, отобранных у больных. Музеи этот очень пестр, красив, но очень и очень грустен. Он служит живым и поучительным (для врача) свидетелем постепенного угасания здравого ума.

Работы больных регистрируются ежедневно с помощью особо придуманных таблиц, контролируемых врачами. В таблицах отмечаются число часов, полезность и бесполезность работы, прилежание и проч. В конечном результате ставится отметка в виде плюса и нуля. Регистрация этих записей, при помощи остроумно придуманных карточек, сводится к общему итогу, который по истечении более или менее продолжительного времени всесторонне обрисовывает больного как работника. Система придумана очень находчиво и уже дала свои результаты, к сожалению, далеко не вполне утешительные. Оказывается, что душевнобольные способны работать не так плодовито, как здоровые, а это имеет громадное значение для предварительных расчетов при устройстве больниц и колоний. Предполагается обыкновенно, что в колонии больные могут сами содержать себя своей работой, и наперед высчитывается (приблизительно), сколько нужно работающих больных для успеха дела. На практике эта цифра не оправдывается. Причина только что указана.

Не менее интересна и другая статистическая работа, которая ведется в Новознаменской даче. В каждом отделении ведется книга, куда заносятся сведения о больных в течение всех суток. Сведения эти правдивы и отмечают решительно все: всякое происшествие и всякую мелочь, вроде того, что такой-то больной плохо ел за обедом и бранил такое-то блюдо, что такой-то жаловался на хворь и т. д. Отмечаются даже часы и минуты посещения врачей. По этим сведениям без труда потом могут быть составлены правдивые и подробные до мелочей скорбные листы больных и их curriculum vitae. Благодаря таким порядкам врачебный персонал каждую минуту находится в курсе дела относительно всякого больного. Карточная же система дает возможность в две минуты отыскать самую подробную историю болезни данного субъекта, подробную до таких мелочей, как, напр., отсутствие аппетита в такой-то день или возбужденное состояние по такой-то причине такого-то числа и в такие-то часы.

VIII

Контингент больных в Новознаменской даче самый разнообразный, вопреки первоначальным планам городского управления, предполагавшего поселить здесь только спокойных и слабых хроников. Нужда изменила закон, и в отделениях этого учреждения находятся и беспокойные и буйные, для которых понадобилось нарочитое устройство изоляторов с крепкими стенами и войлочной прокладкой между слоями толстой досчатой обшивки. В окнах вставлены корабельные стекла и устроена прекрасная вентиляция, механизм которой приводится в движение ключом и недоступен для больного. Ночное освещение производится с помощью лампы над дверью, и наблюдательное окошечко для врача или надзирателя устроено так, что больного видно во всех углах изолятора. При мне изоляторы были пусты и в беспокойном отделении было тихо. Буйных проявлений видеть мне не пришлось.

В отделении спокойных также царит тишь и гладь. Дело было после больничного обеда. Одни сидели за столами, другие гуляли возле барака. Многие из них охотно вступали в разговор и с врачом и со мною. Темы разговоров — обычные: нельзя ли выпустить на волю, потому что уже совсем здоров и содержится напрасно.



Новознаменская дача. Совместное гулянье больных и персонала на Красной Горке

Здесь, между прочим, мне удалось познакомиться с больным, каких, впрочем, встречается немало. Передо мною стоял здоровый парень лет 35–40, с русою бородою, в собственном платье, и низко кланялся.

— Вы — свежий человек, — обратился ко мне врач, указывая на парня, — уверьте этого господина, что высокопоставленная особа, в которую он влюблен, давно уже замужем. Нам он не верит.

Доктор назвал одно из весьма почтенных и почетных имен. Я поспешил, конечно, исполнить просьбу. Но и мои уверения не подействовали. Все лицо больного превратилось в одну общую мольбу. Сложив руки на груди, он страстно заговорил:

— Это ничего не значит, что она замужем. Мне бы только упасть перед ней на колени и высказать ей мою душу. У вас обширные знакомства, — решил он безапелляционно, — вы бываете у всех важных людей, похлопочите ради Бога, чтобы меня допустили.

Врач любезно водил меня между койками, останавливаясь около других больных, но влюбленный не отставал от нас ни на шаг и твердил, точно в забытьи:

— Мне бы только пасть перед нею на колени…

Не менее интересен был и другой субъект, бредовые идеи которого вылились в сознание, что для здоровья ему необходимо ходить, ходить и ходить. С этою целью он целыми днями мерил обширный парк по всем направлениям и доходился, наконец, до очень страшного отека ног. Я его видел в постели выздоравливающим после оперативного вскрытия отека. Весел, лицо доброе, ласково улыбается, а в глазах написано, что как только ноги поправятся, так он и пойдет снова отхватывать по парку десятки верст.

Послеобеденная сиеста у больных выражалась различно. Одни целовали врачу и мне руки, другие жаловались, а третьи разражались упреками, сами не зная за что и повинуясь только своему бреду. Но больше всего было просьб, самых разнообразных и большею частью малопонятных. В женском отделении одна больная обратилась с просьбою к врачу и ко мне на немецком языке, но при этом так перепутывала слова, что понять ее было невозможно. Я, по крайней мере, незнакомый с ее бредом, не понял ничего.

Дортуары на день запираются из предосторожности, чтобы больные, выспавшись днем, не лишались сна ночью. Мера эта, продиктованная практикой, оказалась очень удачной. Больные спят по ночам превосходно. При посещении этой больницы-колонии поразило меня редкое в учреждениях этого рода отсутствие физиономии с отпечатком полного и угнетающего равнодушия и апатии. Даже лиц сосредоточенных очень мало. Все смотрят довольно весело, разумно и проявляют интерес к окружающей жизни и ее явлениям. К удивлению, я почти то же встретил и в отделении слабых и паралитиков, где сосредоточены те несчастные, для которых уже нет возврата в общество живых людей и впереди — только один неумолимый

и притом очень скорый конец. Счастливый ли это подбор или так могущественно действие света, хорошего воздуха, ухода и безукоризненной пищи — решать не берусь. Но несколько часов, проведенных мною среди здешних душевнобольных, не оставили во мне обычного тяжелого впечатления.

Жаль мне только одного молодого человека, который словоохотливо и мило, хотя и с оттенком грусти, рассказывал мне, как ему не везет. В Петербурге у него есть мать, с которой он очень хотел бы повидаться, но ему это никак не удается. Он сознает, что он — больной, и отмечает такие периоды, когда наступает выздоровление. В эти-то периоды ему и не везет.

— Вот ведь оказия, — жаловался он, — когда я болен, меня отсюда не выпускают, а когда я здоров, за мною никто не приезжает из Питера. Так мне и не приходится повидаться с матушкой…

Для меня ясно, что «выздоровление», о котором он говорит так жизнерадостно, — не более как бред, иначе его давно бы уже отправили домой, но меня невольно подкупает вечная дума о матери, детски наивная надежда на лучшее будущее и кроткая покорность судьбе. Мне его невольно жаль.

Жаль мне также и одну из пациенток на женском отделении. Я ее не видел, но слышал, как она играла на рояле. Она импровизировала, но импровизация была так грустна, в мелодии было столько скорби, жалобы на одиночество и тоску, что жалость сама собою закрадывалась в душу.

Отдохнул я несколько около больной, делающей четки и крестики из хлеба. Крестик из черного мякиша она причудливо унизывает шариками из белого хлеба и выходит нечто похожее на жемчужную оправу. Своей работой она очень довольна, всем удовлетворена, ни к чему не стремится и ничего не желает. Ни болезни, ни печали, ни воздыханий… Грустное, но завидное состояние.

IX

Больные едят прилично, на скатертях. Пища свежая и здоровая. Молоко от коров собственной фермы раздается щедро. Слабые больные и больные, требующие экстрапорций, получают бульон и птицу, которая разводится на собственном птичьем дворе. Выводки цыплят, утят и другой съедобной птицы считаются по нескольку сот голов каждой породы. Птичник этот, с точки зрения местного рационального хозяйства, считается убыточным, потому что, помимо собственной стоимости, требует еще и услуг здорового наемного человека. В колонии же дорожат каждой копейкой и излишние расходы не допускаются.

Прислуга для ухода за больными полагается по расчету: один здоровый на десять больных в среднем. Жалованье невелико, и на подбор народа часто жалуются. Были случаи, что приходилось брать прислугу прямо



Новознаменская дача. Больные на сенокосе в лесу

с Никольского рынка. Здесь врачебный персонал нашел возможным даже наблюдение за мастерскими поручить больным. Здоровые мастера приглашаются только в случаях необходимости, так как хорошо направленное дело и само по себе течет безукоризненно.

Врачебный персонал ежедневно, после обхода больных, собирается в докторскую комнату и здесь составляется конференция, в которой подвергаются всеобщему обсуждению и голосованию текущие нужды колонии. Толкуют о больных, о ферме, об огороде и о всевозможных необходимых мелочах вроде замка, требующего починки. Делается все дружно, по зрелом размышлении и с общего согласия. Врачебный персонал задался целью выработать из Новознаменской дачи образцовую колонию для душевнобольных и употребляет для этого все свои силы. И главный врач и ординаторы до фанатизма проникнуты этой идеей, и очень может быть, что и достигнут со временем намеченной цели. Если же это удастся, то Новознаменская дача, при ее просторе, естественных удобствах и капитально возводимых постройках, займет одно из выдающихся мест в ряду психиатрических учреждений.

При расставании на Нарвском шоссе доктор Н.Н. Реформатский указал мне на больных, которые бродили на свободе по парку, работали, сходились в группы и расходились. Их пестрые больничные платья и разнообразные собственные костюмы были освещены лучами заходящего солнца. Картина была превосходная, полная жизни и простора и далеко не похожая на кар-

тины полуказематной жизни прочих виденных мною больниц. Доктор смотрел на нее с гордостью.

— Свободой пользуются,— проговорил он.— Непринужденно и без стеснений гуляют и работают… Дух радуется, глядя на них. Что вы скажете? А?

— И у меня дух радуется,— ответил я, и ответил искренно и по совести, хотя и убежден, что для осуществления всего задуманного и намеченного потребуется бездна денег и еще больше труда, а главное — умственных и нравственных усилий.

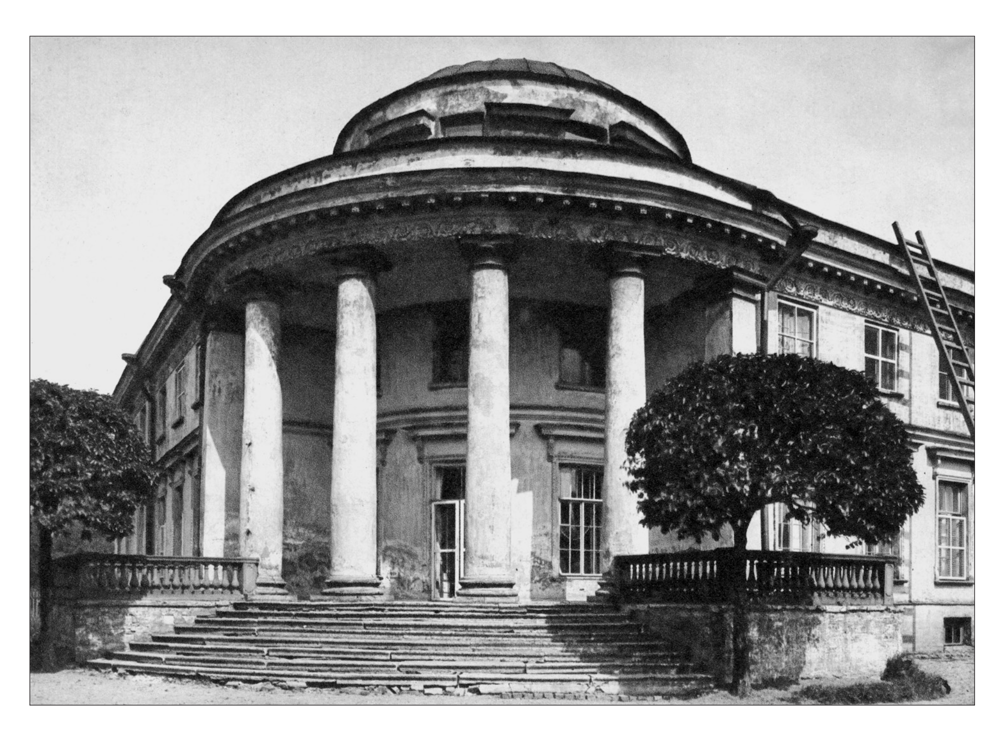
X

В глубине Малой Охты, в месте слияния речек Охты и Оккервиль, далеко видно, если идти по Мариинской улице, большое каменное здание типа старинных барских построек, с колоннадою на переднем фасаде, окрашенном в желтый цвет. Это — так называемая Уткинская дача. Некогда это был барский дом или, вернее, барская дача, а теперь здесь живут 260 душевнобольных женщин, призреваемых городом.

Дачу эту город арендует у Человеколюбивого общества. Больные женщины занимают самый дом, расположенные позади его полукругом бывшие барские конюшни и большой деревянный барак, построенный в саду. Кругом всего этого имения протекает речка с довольно высокими и крутыми берегами. Противоположный берег ее занят многочисленными лесными складами и лесопильными заводами, а все русло покрыто плотами, лесом, лодками, барками и тяжело двигающимися, неуклюжими буксирными пароходами. Вид живой, одушевленный и полный движения. Пароходные свистки и гам с барок и плотов не замолкают ни на один час. К ним прибавляется и пыхтение лесопильных заводов, работающих па́ром. Такова обстановка, окружающая эту дачу. Со стороны фасада, тотчас же у конца перекинутого через изгиб речки мостика, начинается улица, и на первом же плане ее бросаются в глаза прежде всего вывески пивных лавок и портерных. На тишину и спокойствие среди такой обстановки рассчитывать трудно.

Уткинская дача должна быть рассматриваема как филиальное отделение больницы Николая Чудотворца. Последняя присылает сюда больных и перемещает их в другие больницы по своему усмотрению.

Больные обставлены довольно хорошо, и кормят их, нужно отдать справедливость, хорошо и сытно. В большом барском доме они занимают два этажа, над которыми помещается часовня. Часовня эта открывается только во время церковных служб, не требующих наличности освященного престола. Всех комнат в доме отведено для больных 28, включая сюда и разные службы в виде кладовых, ванных и т. п. В нижнем этаже, судя по расписным потолкам и живописи на стенах, комнаты были парадные.



Уткина дача. Фото начала XX века

В этом доме есть и круглая зала со стенами, отделанными под мрамор, и гостиная с аллегорическими сценами на потолке, и неизбежная китайская комната с причудливой живописью на стенах и с уродливыми вызолоченными драконами на карнизах. В свое время вся эта живопись и лепные украшения составляли, быть может, гордость этого дома, но теперь они только мешают, потому что их приходится поневоле щадить и нельзя производить окраску и побелку стен ради чистоты. На это мне жаловалась во время моего визита женщина-врач — ординатор и заведующая этой больницей. Я застал страшную войну с паразитами: замазывались и обмазывались разными смертоносными составами все щелочки и уголки, в которых могли бы спрятаться непрошенные, но почти неизбежные и докучливые жильцы.

О чистоте хлопочут здесь с удивительной энергией. Полы моют часто, стекла в окнах — по два раза в неделю, дверные ручки и все металлические части чистятся чуть не ежедневно, и все это делается руками больных. Пыль преследуется с ожесточением. Но борьба с нею довольно трудна: здание старо, и сквозь рамы окон с гладко вымытыми, почти отполированными стеклами проникает внутрь не только пыль, но даже временами хлещет и дождь, особенно в квартире врача. Требуется ремонт. Он и ведется, но так странно, что, по словам женщины-врача, до полного благополучия больницы не хватает только 200 рублей, а этих-то денег именно и нет. Они

будут выданы, но уже тогда, когда трудно будет чинить что-либо, благодаря погоде. Это ремонт паллиативный, вызываемый, напр., тем, что во многих углах надо уничтожить сырость; некоторые стены, прорастающие грибами, надо очистить и закрасить, во многих окнах заткнуть и замазать щели, чтобы не дуло, и т. д.; но все здание нуждается в основательном ремонте, на который потребуется уже не 200 рублей, а побольше, но это дело будущего.

Света и воздуха довольно. Тесноты нет. Где только возможно, устроены камины, служащие вентиляторами. В нижнем этаже размещены больные спокойные, в верхнем — беспокойные. В спокойном отделении работают: вяжут, плетут, стучат на швейной машинке и производят различные поделки по хозяйству. Это отделение сшило весь бельевой и гардеробный инвентарь на собственную больницу и берет заказы и на сторону. К работе не принуждают, но всячески вызывают стремление к ней. Хороших работниц поощряют выдачею кофе, цикория и сахару, а плохих подкупают этими продуктами. В некоторых случаях приманивают к работе ситцевыми, розовыми и голубыми платьями, которые разрешается носить как поощрение за трудолюбие. Мера эта действует. Желание принарядиться и щегольнуть костюмом больным женщинам свойственно в такой же мере, как и здоровым. Одна психически больная охотно проделала какую-то не особенно интересную для нее работу, когда ей пообещали цветок на шляпку, и была очень счастлива, получив его. Для того, чтобы отвлечь занятиями от бредовых идей, разрешают все допустимое. Одной из пациенток разрешено держать кур. Она их разводит, ведет строжайший счет яйцам, ухаживает за наседками и к цыплятам относится с чисто материнской любовью. Когда с одним цыпленком произошло какое-то несчастие, то это составило целое событие для отделения: пернатого пациента с любовью перевязывали, делали ему примочки и даже производили массаж. Другая больная собственными руками раскопала в саду местечко, огородила его, развела на нем землянику и все лето прожила около своей грядки, проводя время в тени соседних кустов. Она была очень огорчена, когда забравшаяся в сад лошадь несколько попортила ее насаждения. Для нее это было настоящее горе.

Медицинский персонал этой больницы года два тому назад объявил гонение на табак курительный и нюхательный. Увлечение последним, по рассказам, доходило до того, что наиболее слабые и молодые нанюхивались до опьянения. Постепенным сокращением удалось свести потребление табаку почти совсем на нет, и получаемую экономию употребляют на покупку яиц и молока. О спиртных напитках нет и помину. Одно время за одной из придурковатых старух, пользовавшейся правом ходить в гости, замечались прегрешения в этом духе, но врач ей прямо объявил:

— Если ты еще раз вернешься и от тебя будет пахнуть водочкой, то лучше не возвращайся; я не велю тебя пускать в больницу.

На старуху эта перспектива остаться вне стен убежища подействовала до того сильно, что с тех пор от нее уже больше не пахнет.

Спокойные больные иногда получают право прогуливаться вне больницы, среди здоровой публики. Они в этих случаях одеваются в обыкновенные, не больничные платья и выдают себя за богаделенок, радуясь, что в них никто не признает душевнобольных. Во время прогулок они ведут себя прилично и гордятся тем доверием, которое им оказывает больница.

Побегов за последние годы отсюда не было, несмотря на открытые двери спокойных отделений и на свободу при прогулках в больничном саду и на воле. В сад выпускают и беспокойных, но гуляют они в особом углу, подальше от реки. От падений с берега в воду до сих пор еще Бог хранил. Чувство самосохранения в спокойных больных развито очень сильно.

XI

Едят больные на скатертях, и эта мелочь до известной степени сглаживает их серенькую жизнь. Особенно хорошо это действует на крестьянок. Дворянки оказываются требовательнее. Они же чаще всего и отказываются от работ, мотивируя тем, что они числятся больными и имеют право пользоваться больничными удобствами и призрением, не затрачивая сил и досуга на какую-либо работу. Но система ничтожных вознаграждений сахаром, кофе и цикорием (треть фунта кофе на месяц) сломила и их. Они сообразили, что работать хоть что-либо выгоднее, нежели сидеть сложа руки.

В беспокойном отделении так же смирно и тихо, как и в спокойном, только окна защищены решетками и деревянными перекладинами, на фонари надеты сетки и с огнем в каминах обращаются осторожнее. Прислуги полагается двадцать сиделок на 250 больных. Кроме того, до тридцати больных исполняют разные домашние работы, лежащие обыкновенно на прислуге. В число надзирательниц включена между прочим и одна начитанная и развитая истеричная больная. Она исполняет свою обязанность с толком, но на ее нервы временами сильно действуют упреки остальных больных, заявляющих ей, что и она тоже — не из здоровых. Ей, впрочем, повинуются. При мне она очень удачно и скоро успокоила больную, не очень деликатно подтрунивавшую над моими очками и предлагавшую купить у нее другие очки за три копейки.

— Стыдно, стыдно говорить гостям дерзости, — заявила ей надзирательница-пациентка.

Больная тотчас же умолкла и успокоилась.

Бывшие барские конюшни, полукругом охватывающие двор, перестроены, как я уже сказал, в жилые здания. Следы конюшенного устройства

заметны еще и теперь в виде столбов, подпирающих потолок нижнего этажа. В этом здании, разделенном на две половины, помещены внизу спокойные и полуспокойные, а наверху — беспокойные и буйные. Здание это отремонтировано и приспособлено для больничного обихода довольно целесообразно. Отопление производится печами, вентиляция каминами. Без каминов воздух здесь скоро становится негодным.

В буйном отделении устроены два изолятора, и при мне оба они были заняты. В одном из них на соломенном тюфяке лежала добродушно улыбавшаяся женщина, а в другом содержалась особа, посаженная за драку и выглядевшая довольно тупо и сердито. В изоляторах нет ни обычных корабельных стекол, ни сколько-нибудь солидных решеток. Переборки между изоляторами не доходят до потолка, и больные часто перелезают через них, и это не представляет собою чуда. По словам врача, бывали случаи, когда больные ухитрялись взобраться даже на верхушку гладкой железной печи.

В этом же отделении я был свидетелем стрижки больных ради чистоты. Женщины расстаются с волосами очень неохотно. Одна только что остриженная пожилая больная упала передо мною на колени, вцепилась в меня костлявыми пальцами и с воем и причитанием просила:

— Батюшка, ваше сиятельство, вели им отдать мне мой повойник… Как они смели, изверги, меня опростоволосить?.. Куда я теперь покажусь?..

Бедную бабу насилу отняли от меня и с трудом отвели в сторону. Успокоилась она нескоро и, вероятно, долго еще будет горевать о потере своих кос. Впрочем, так сильно горюют не все. В отделении нечистоплотных и слабых я видел много стриженых голов, которые относились к отсутствию «повойника» вполне равнодушно и улыбались, когда их гладили по голове. Чистота головы достигается с помощью слабого раствора сулемы, убивающего, как известно, всякую нежелательную тварь и ее зародыши.

Нечистоплотные помещаются в большом двухэтажном деревянном бараке. Чистота здесь наблюдается, насколько это возможно и доступно. Постели заменяются свежими ежедневно. Кровати и полы моются тщательно. Вентиляция достигается опять-таки с помощью нарочно для этого устроенных каминов. Но все же воздух здесь портится очень быстро, особенно по утрам, после ночей. Сиделки и прислуга страдают часто головными болями, а иногда ощущают и вполне понятную тошноту. Служба в этом бараке — наиболее трудная и тяжелая; но, к сожалению, лучше ее поставить невозможно. Довольно указать на то, что одно только обычное утреннее умывание лица и рук больным отнимает от 2 до 3 часов кряду. Задерживать воду в горстях и мыться умеют не все, и некоторым приходится смывать с лица грязь, поливая на лоб воду тонкою струйкой из чайника. Мыла здесь расходуется больше, чем во всей больнице. Ванны — в большом ходу. Вода

для последних накачивается из реки Охты, питьевая же вода привозится из Невы. Пьют ее нефильтрованной, но обязательно кипяченой.

Сад при больнице не очень велик, но удобен для гуляний. Больные охотно и подолгу сидят на обрывистом берегу Охты и любуются ее жизнью и движением. Близость воды не пугает администрацию; за спокойных не боятся, а беспокойных уводят подальше от берега, к высокой кирпичной стене. Случаев падения в воду, как было уже сказано, еще не было.

Как помещение для душевнобольных, Уткинская дача избрана довольно удачно. Хотя в ней и нет того раздолья и простора, которыми так богата Новознаменская дача, но все же это — дача, а не казарменного типа больница, и у больных достаточно света, чистого воздуха и места для прогулок. Нужен только очень и очень основательный и серьезный ремонт. Впрочем, ходят слухи, что помещение это будет упразднено и больных переведут в другое место. Это было бы жаль.

XII

В предшествовавших очерках мною исчерпано почти все, что касается призрения душевнобольных городским управлением. Для того, чтобы пополнить недостающие пробелы общей картины призрения в Петербурге, необходимо остановиться еще на учреждениях, не имеющих ничего общего с городскою кассою. Первое из них — Дом призрения душевнобольных, учрежденный в 1870 году Императором Александром III (на Удельной), второе — отделение для психически больных в Николаевском военном госпитале и затем — знаменитая, традиционная «Одиннадцатая верста», или больница «Всех Скорбящих». Все эти учреждения можно назвать одинаково прекрасными, хотя каждое из них имеет свою собственную физиономию.

Дом призрения относительно внутреннего устройства и ухода за больными не оставляет желать ничего лучшего. Ближайшим поводом к возникновению этого учреждения послужило желание покойного Государя, бывшего тогда еще наследником, ознаменовать свое выздоровление от тяжкой болезни.

Остановившись на этой мысли, Государь, вместе с тогдашним градоначальником Е. Е. Треповым, посетил полицейские дома, где в то время содержались душевнобольные, нередко прикованные на цепь и подвергавшиеся сплошь и рядом истязаниям окружавшей их невежественной среды. Этого одного было достаточно для возникновения больницы, о которой идет речь.

Дом призрения расположен на Удельной, на десяти десятинах земли, рядом с городскою больницею св. Пантелеймона и состоит под попечительством его высочества принца Александра Петровича Ольденбургского.

В нем призревается 340–360 больных. Это по преимуществу больница для людей со средствами и интеллигентных, хотя в ней есть и бедняки.

Учреждение это уже отпраздновало в прошлом году свой 25-летний юбилей и в настоящее время находится в таком блестящем состоянии и обставлено во всех отношениях так хорошо, что ему может позавидовать любая из петербургских психиатрических больниц.

Больница эта населена платными и бесплатными больными. Первые называются пансионерами, а на содержание последних употребляются ежегодно доставляемые из Кабинета Его Величества 20 000 руб. и проценты с различных капиталов, принадлежащих учреждению. К 1 января 1896 года содержалось: 100 человек на счет 20 тысяч, получаемых из Кабинета, 10 — на счет пожертвованных капиталов, 39 — на средства Дома призрения и 187 человек на свой собственный счет. Плата, вносимая пансионерами, различна и колеблется от 60 руб. до 4800 руб. в год. Наибольшее число больных (107 человек) в 1895 году платило по 600 руб. в год; затем, довольно много было платящих по 300 и 1200 руб., один платил 12 400 руб., один 3500 руб. и, наконец, один 4800 руб. В общем итоге плата за пансионеров доходит (по отчету за 1895 год) почти до 110 тыс. руб. в год.

Во внутренних распорядках больница эта имеет свои особенности.

Прежде всего, здесь принципиально нет так называемого буйного отделения. Буйные и беспокойные больные есть, как и во всякой больнице для душевнобольных, но уход за ними в периоды острого возбуждения построен на особых началах. Беспокойного больного не прячут в карцер или изолятор, а укладывают в постель в специально наблюдательном отделении, точно индивидуализируя психическое состояние и его и соседей его. Уход и пример товарищей действуют на него успокоительно. Медицинский персонал верует в благотворность этой системы, чрезвычайно ею доволен и убежденно предсказывает ей широкое распространение в будущем. Изоляторы, входившие в общий план больницы, теперь уже не играют роли грозных усмирителей и превращены в невинные отдельные комнаты для призрения больных.

Другой принцип, проповедуемый и не менее убежденно проводимый врачебным персоналом больницы, заключается в предоставлении больному максимума свободы, возможной в его состоянии. Прекрасные деревянные и каменные дома, или, как их здесь называют — отделения, снабжены просторными садами, всегда открытыми для больных. Здесь они гуляют по всем аллеям, садам, огородам без всяких стеснений, читают и работают, но во время прогулок общения с внешним миром, конечно, не имеют.

Все отделения с наружной стороны заперты на замок, и проникнуть в них можно только с помощью особого ключа.

Все больничные здания, с деревянною церковью в центре, утопают в садах и садиках и состоят из одно- и двухэтажных отдельных домов,

в которых помещаются отдельно мужчины и отдельно женщины. Кроме этого, существует три отдельных домика, в которых живут по 2 и по 1 больному.

Каждое из этих зданий при входе в него посетителя поражает непривычной для психиатрических заведений общего типа обстановкой: на окнах драпировки, на столах скатерти, в простенках зеркала, мягкая мебель, а иногда и картины. Во многих отделениях стоят рояли, пианино и другие музыкальные инструменты. Столовые и гостиные обставлены очень уютно. Спальни — чистенькие и очень миленькие комнатки разных размеров с прекрасными постелями и белоснежным бельем. Если бы посетитель не был заранее предупрежден, он с первого взгляда не скоро догадался бы, что находится в доме сумасшедших. Нет ни одного намека на что-либо казенное или больничное: приложены все старания к тому, чтобы каждому зданию придать по возможности вид жилого дома, но не больницы.

Система призрения душевнобольных хроников здесь построена на том, что не столько важно лечение их теми или другими аптечными способами, сколько правильная организация ухода и тех условий, которые должны целесообразно обставить их жизнь. В этих видах при доме призрения организованы: сельское хозяйство, скотоводство, огородничество и садоводство и, кроме того, заведены столярные, обойные, переплетные и портновские работы, шитье белья, платья и обуви. Существуют ферма и оранжерея.

В отношении работоспособности больных это психиатрическое учреждение может быть названо счастливым. В прошлом году число работавших мужчин составляло почти 70 проц., а женщин более 81 проц. к общему числу больных. Такие результаты достигаются не всегда и не везде. Здесь цифры эти являются главным образом показателями ухода за больными и занятия их, независимо от вопроса о продуктивности труда.

Очень интересен новый пансионерский каменный трехэтажный дом. Это — палаццо с паркетными полами, венской мебелью, мраморными столами и умывальниками, зеркалами в рост человека и бронзовыми люстрами. Дом этот построен по новому типу, со всеми приспособлениями, свойственными современным психиатрическим лечебницам. Общая зала в нижнем этаже, где помещаются мужчины, — громадна; столовая — прелестна. В зале сидят и ходят интеллигентные больные в таком же платье, в каком они ходили и до поступления сюда. Каждый из них окружен тем комфортом, к которому он привык. К общим услугам биллиард и довольно обширная библиотека, около 21 тыс. томов. Входя в эту залу, посетитель попадает не в больничное помещение, а в залу чуть ли не богатого дома. Спальни состоят или из отдельных комнат по одной кровати в каждой или же из светлых комнат с арками вместо дверей и с несколькими кроватями в каждой.

Верхний этаж занят больными женщинами-пансионерками. Устройство и обстановка здесь те же, что и в нижнем, но зала снабжена еще и гостиной, которая по временам превращается в сцену со всеми ее атрибутами и декорациями. На этой сцене подвизались не раз артисты Императорских театров: М. Г. Савина, О. И. Мусина-Пушкина, М. Я. Пуаре, С. П. Глинская, гг. Медведев, Аполлонский, Чернов и др. На развлечения здесь не скупятся: устраиваются литературные вечера, гулянья, танцы и прогулки за несколько верст от дома призрения.

В этом ж е здании существует интересная комната для изучения цветовых влияний на больного. В ней окно освещается и днем и ночью (электрическими лампочками) по желанию красным, желтым, синим и зеленым светом. Несколько опытов было уже произведено, но общих выводов о влиянии цвета на психику еще не сделано.

Не менее интересно и недавно построенное здание для заразных больных. В больничном деле это — новинка. В этом здании много комнат и несколько входов, и все это устроено так, что в случае надобности можно быстро изолировать любой вход и одну, две, три и даже четыре комнаты порознь или вместе. Здесь, между прочим, производятся и хирургические операции. За отсутствием заразных больных помещение это большею частью бывает занято слабыми и паралитиками. Вентиляция этого здания производится с помощью дымовой трубы паровой водокачалки. Тяга в ней так сильна, что высасывает испорченный воздух из всех комнат в несколько минут.

Больница обладает собственным водопроводом из Шуваловского озера. Краны — везде и всюду, и снаружи и внутри. Водонапорную башню видно далеко и по Финляндской и по Озерковской ветви Приморской железной дороги. Башня эта снабжает водою и соседнюю больницу св. Пантелеймона. В ваннах и душах недостатка никогда не бывает. При больнице и на ее средства, по воле покойного Государя, содержится школа для детей служащих и окрестных жителей. Число учеников обоего пола доходит до 100. Из них составлен, между прочим, хор, поющий в местной больничной церкви.

Управляется это учреждение особым советом. Врачебный персонал состоит из директора и шести врачей. Надзирателей обоего пола и их помощников — 23, сестер милосердия 6, фельдшеров 2 и прислуги: палатной 92 и хозяйственной — 56 человек. Это — едва ли не самое богатое прислугою учреждение в России. Обязанности казначея до 1895 года нес на себе (не знаю, несет ли теперь) городской голова Петербурга В. А. Ратьков-Рожнов. Благодаря познаниям своим в финансовой практике, как казначей Дома, В. А. Ратьков-Рожнов доставил Дому призрения выгоды до 160 000 руб. от оборота ценных бумаг запасного капитала.

Осмотр этого Дома призрения наряду с другими психиатрическими заведениями Петербурга оставляет в посетителе самое отрадное впечатление.

XIII

Николаевский военный госпиталь, как показывает и самое название, предназначен исключительно для военных. Расположен он на Песках, недалеко от Смольного монастыря, и занимает своими зданиями очень большую площадь.

Дальновидный и предусмотрительный император Николай I, основывая это учреждение, предвидел численное увеличение армии, а потому и отвел под госпиталь огромный участок земли, который в настоящее время перерезывается уже тремя параллельными улицами. На самом заднем плане этого участка, по Костромской улице, недавно воздвигнуто громадное трехэтажное здание с массою надворных павильонов, предназначенное исключительно для лечения и призрения душевнобольных воинских чинов. Здание это построено на новейший лад, согласно самым последним требованиям психиатрии, обставлено в научном и хозяйственном отношении роскошно и по некоторым своим частностям справедливо считается единственным не только в России, но даже на европейском континенте. Так, напр., резиновых комнат, существующих здесь, нельзя найти ни в одном из заграничных домов для умалишенных. Они есть только в Англии. О них, впрочем, речь будет ниже.

Отделение для душевнобольных при Николаевском госпитале состоит из нескольких зданий, и все эти здания соединены между собою теплыми длинными коридорами, составляющими великое благо и для врачей и для больных при их перемещениях. Врачу нет надобности при посещении павильонов в холодную погоду по несколько раз снимать и надевать верхнее платье; нет также надобности кутать больных при переводе из одного отделения в другое. Нет, стало быть, и риска простудиться. Отопление всюду центральное — пароводяное, освещение — электрическое. Воды, водопроводных кранов, душей и ванн много. Во многих палатах и отдельных комнатах стены, полы и потолки моются прямо сильной струею из водопровода с помощью рукава и пожарного наконечника. При таких условиях грязи нет даже в отделениях для нечистоплотных. Чистота поддерживается образцовая, и результаты ее уже сказались: за все время существования этого нового отделения не было ни одного случая рожи, неизбежно заносимой из армии и дававшей себя чувствовать в старых помещениях. Нет также и соматических инфекционных заболеваний. Асептика достигается настолько, насколько она достижима.

Учреждение это принадлежит военному ведомству и в средствах недостатка не чувствует. Рационы пищевые получаются настолько полные, что

даже не съедаются больными. Замечено, что в первые дни по поступлении из полков в госпиталь больные набрасываются на еду, но потом скоро приедаются и входят в норму.

Больные доставляются сюда из армии и ее полков. Если форма заболевания еще не определена, то солдат или офицер поступает в отделение испытуемых, а затем, смотря по характеру болезни, переводится в соответственный павильон. Все больные здесь — острые, излечимые и неизлечимые. Как только больной из острого делается хроником, его тотчас же переводят в гражданскую больницу — большей частью к Николаю Чудотворцу — или же, если есть возможность, на счет военного министерства отправляют на родину в местные психиатрические заведения. Выздоравливающие снова возвращаются на службу или же вовсе увольняются от нее, если им грозит опасность рецидива. Таким образом, вопрос о душевных болезнях в армии решается скоро и просто, и войско не обременяется людьми, неспособными к службе, а люди эти, в свою очередь, не томятся исполнением обязанностей, непосильных для душевнобольного.

В больнице два отделения — для нижних чинов и для офицеров. Помещения их разделены и обставлены различно: у солдат проще, у офицеров изящнее. По статистике учреждения оказывается, что большинство солдат сходит с ума на службе от переутомления, физического истощения и вырождения, ставшего особенно заметным за последние 26 лет. Офицеры же заболевают психически большей частью только от двух причин: от сифилиса и от водки. Они же дают наибольший процент страдающих прогрессивным параличом. Таких бедняков насчитывается до 60 процентов. Цифра огромная и очень красноречивая. Лечение их сводится к нулю и требуется один только уход. Для них возврата в мир уже нет. В качестве лекарств им иногда прописываются стрихнин и возбуждающее. Отделение этих больных и в особенности слабых производит на посетителя очень тяжелое впечатление медленного, но неизбежного умирания. В этом павильоне я видел офицера с глубоко ввалившимися глазами и головою, напоминающей голый череп скелета. Он уже утратил способность речи, может только мычать и говорить полупотухшими глазами. Другой больной, когда доктор описывал мне устройство кровати, дающей возможность опускать голову больного ниже ног, употреблял очень много усилий для того, чтобы произнести одну только фразу:

— И у меня такая же кровать.

Когда-то эти были люди, полные сил и жизни; теперь же это — народ, умирающий в чаду бредовых идей, воображающий себя то миллионерами, то великими мира сего, то несчастнейшими и ничтожнейшими из людей всего мира.

В отделении для нижних чинов картина несколько иная. Ввиду того, что заболевание гнездится в них на почве истощения, им даются довольно щедро лекарства: рыбий жир, мышьяк, йод, ртуть и проч. Ввиду же того,

что приходится иметь дело с острыми формами болезни, практикуется щедрая раздача снотворных и наркотических средств. Пользование врачебными средствами здесь широко. Хотя в военном ведомстве и полагается свой наиболее простой список медикаментов, но здешние врачи нисколько не стеснены его рамками и пользуются широким правом выписывать и применять все, что только диктуют наука и ее новейшие открытия.

XIV

Число больных не велико. По штату их полагается всего только 120 человек: 70 офицеров и платных пансионеров и 50 нижних чинов. В настоящее же время персонал больных значительно меньше. Их всего: 38 офицеров, 36 нижних чинов, 12 пансионеров и один арестант. Пансионерами могут быть и не военные, платящие по 80 руб. в мес. Стариков среди больных почти нет. Главный контингент их — молодежь из армии. Все они размещены по четырем параллельным (особо для офицеров и особо для солдат) отделениям: спокойные, беспокойные, буйные и слабые, и неопрятные. Только что употребленные термины здесь не в ходу: отделения ходят под цифрами — 1-е, 2-е, 3-е и 4-е. Цифры эти для врача говорят всё.

Врачебный персонал состоит всего только из трех лиц, включая сюда и старшего врача. Но на подмогу им часто прикомандировываются молодые военные врачи, которые, принося учреждению пользу, в то же время и учатся сами.

Прислуги количество достаточное: пять фельдшеров, один смотритель, один его помощник и 78 человек нижних чинов. Контингент более чем богатый. Эти нижние чины отбывают здесь свою военную службу. Служба их безупречна, но тяжела. Русский солдат в общем отличается добродушием и милосердием, но все же подневольное ухаживание за душевнобольными не всем «дядькам», как их здесь называют, приходится по сердцу.

Кроме того, и сами врачи находят, что служба солдат в доме умалишенных и особенно в офицерском отделении является абсурдом. Офицер привык к повиновению солдата. Душевнобольной сохраняет эту привычку и никак не может примириться с тем, что подчиненный, нижний чин, дерзает останавливать его, напоминает о том, что то-то и то-то запрещено доктором и т. д. Офицер-больной не может переварить главенства над собою солдата, и отсюда проистекают недоразумения, брань и т. п. Все это заставляет администрацию больницы прибегать к услугам вольнонаемной прислуги, одетой в статское платье. На этих лакеев офицеры уже не смотрят так начальнически, как на солдат. Лакеи же эти вербуются из тех же солдат, выслуживших свой срок воинской повинности и уходящих в запас. Привыкшие уже за 5–6 лет службы к обращению с больными, эти господа иногда изъявляют согласие остаться и продолжать службу, уже не обязательную, а по найму. Жалованье им полагается прекрасное: 25 руб. в месяц

(город в своих больницах платит только 10–12 руб.). Из этих денег 6 руб. вычитается за стол и квартиру, а 19 руб. выдаются на руки. Такой наемной прислуги теперь состоит при офицерах и пансионерах десять душ.

В этом отношении учреждение поставлено очень счастливо: ему нет надобности брать прислугу с Никольского рынка, как это принуждены делать городские психиатрические больницы. Кроме того, врачи больницы ведут уже пять лет курсы для прислуги и ее обучение. Врачи же ведут и чтение с туманными картинами еженедельно и обучают выздоравливающих и способных больных, а также и прислугу, грамоте. Для этого заведен довольно полный комплект педагогических пособий и принадлежностей. В занятиях, кроме врачей, принимают участие также священник местной домовой церкви, смотритель и его помощник. Больных, не особенно охочих к обучению, понуждают к занятиям, но чаще всего подкупают папиросами.

Кстати о табаке. В различных психиатрических учреждениях и взгляды на курение различны. В доме для душевнобольных на Малой Охте гонение на табак ведется жестокое и почти запретительное; в Николаевском же госпитале табак рекомендуется как средство целебное от цинги, как возбуждающее и даже как улучшающее пищеварение. Табак дается при этом не очень дорогой, но из хороших сортов. Махорка признается вредной. Папиросы набивают сами больные, и это составляет даже один из видов работы.

Точно также либерально смотрят здесь и на спиртные напитки. В большинстве больниц, особенно земских, водка допускается только как лекарство. В Николаевском же госпитале водка и вина составляют принадлежность обеденной порции, за исключением, конечно, тех случаев, когда вино противопоказуется медицинской наукой. Алкоголиков же, организм которых привык к водке и требует ее, лишению не подвергают, но только, сообразно с целями лечения, уменьшают дозу. Режим этот считается полезным и даже необходимым там, где нужно поднять деятельность сердца, и объясняется тем, что состав больных здесь иной, чем в других больницах (например, большой процент алкоголиков).

XV

Пансионеры поставлены в Николаевском военном госпитале прекрасно. Поят и кормят их великолепно и уход за ними превосходный. Я побывал в келье одного из них — бывшего писателя. Застал я его над рукописью во всеоружии письменных принадлежностей. Он просматривал и исправлял свое толстое произведение, предназначенное, по его мнению, для печати. Может быть, эта рукопись со временем и попадет в печать, а может быть и нет. Писатель стар, и самый характер его болезни подает очень мало надежды на выздоровление. Язык и мысль повинуются ему уже плохо. Тем не менее, он здесь ведет такую же привычную, правильную жизнь, какую

вел и дома за своим письменным столом. Утром встает, умывается, пьет чай и садится за литературную работу. Костюм на нем собственный, привычки прежние и, по-видимому, он за работою совсем забывает, что он не дома. Наш визит был для него неприятен. И доктор, и я одинаково ему помешали, и на вопросы доктора он отвечал неохотно. Он сообщил только, что занят своей обычной журнальной работой, оплачиваемой по столькуто рублей с печатного листа, вежливо пожал нам руки, но был, очевидно, очень доволен, когда наш очень короткий визит окончился.

Писателя этого я видел и беседовал с ним на одном из последних прошлогодних беллетристических обедов. Не подозревал я тогда, что встречусь с ним здесь. Меня он уже не узнал и даже название газеты «Новое Время» вспомнил не без труда. Регресс идет быстро.

Комната, в которой он живет, очень уютна, чиста, светла, тепла и хорошо вентилируется. За 80 рублей в месяц этот больной едва ли нашел бы вне стен этой больницы те удобства, комфорт и уход, которыми он здесь окружен. Здесь следят за ним и предупреждают все его потребности и возможные желания.

Другие пансионеры обставлены точно так же и не жалуются. Их отдельные и общие комнаты, залы, гостиные, приемные и спальни снабжены паркетами, драпировками, скатертями, роялями, биллиардами и даже растениями в горшках. Употреблены все усилия, чтобы больница не напоминала больницу. Каждый окружает себя тем, что ему по душе. Столик у кровати одного больного украшен живым цветком и рамочками с портретами близких его сердцу. Сам он, лежа в кровати, читает книгу с таким спокойным и довольным видом, как будто находится у себя в городской квартире на мягкой кушетке, среди приятной обстановки. По крайней мере, такое впечатление произвел он на меня.

Из платы, вносимой пансионерами, известная доля отчисляется в казну за их содержание, излишек же идет в пользу госпиталя, достигает, если не ошибаюсь, до шести тысяч рублей в год и употребляется на всякого рода улучшения: увеличение библиотеки, приобретение микроскопов и научных инструментов, наем прислуги и т. д. По части лечения, содержания и следования за наукой психиатрическое отделение Николаевского госпиталя преследует те же цели, что и психиатрическая клиника при Военно-Медицинской академии, старается не отставать от нее, иногда даже в научном отношении опережает ее, пробует все новые лекарства и методы лечения, публикует о полученных результатах, делает научные доклады и рефераты в Психиатрическом обществе и следит за литературой.

Койка каждого больного обошлась здесь в 6000 рублей. Это очень дорого и свидетельствует о том, что постройка и обзаведение больницы стоят министерству громадных денег. Военное министерство не жалело средств, лишь бы сделать как можно лучше. Стремление это видно даже в деталях устройства — вроде люка, через который грязное белье из всех этажей

проваливается в подвал, форточной вентиляции, которая достигается только вращением ключа, или же ванны, предупреждающей у больных пролежни. Ванна эта очень интересна. В ней на двух системах колесных воротов подвешена койка с подушкой и тюфяком. На эту койку осторожно укладывается больной с пролежнями и опускается в воду, но так, что голова, его, конечно, вне воды. В этой ванне он лежит неопределенно долгое время — сутки, а если нужно, то и дольше. В воде тело, по закону Архимеда, теряет часть своего веса и испытывает меньшее давление со стороны постели; пролежни исчезают. Помогает здесь и температура ванны. Не менее интересна и электрическая ванна, в которой больной, погруженный в воду, подвергается действию электрического тока от батареи Мейдингера и испытывает легкое покалывание в теле, как от углекислой ванны.

Изоляторы здесь существуют как необходимость, но ими стараются пользоваться как можно реже, исходя из того положения, что при достаточном количестве хорошей прислуги и надзора раздраженного больного можно успокоить и выходить, и не подвергая его одиночному заключению. Растворение раздраженного и буйствующего элемента среди спокойных иногда практикуется и здесь. Изоляторы совмещают в себе удивительное совершенство и даже роскошь техники: есть комната, стены которой обиты гибкой деревянной обшивкой, есть такие, стены которых состоят из мягких пружинных и соломенных тюфяков, и существуют, наконец, те самые две резиновые комнаты, которых нет в Европе нигде, кроме Англии. Стены и двери этих комнат выложены слоем резиновых трубок с воздухом и сверху залицованы сплошной резиной. Цель — достижение чистоты после пребывания неопрятных больных, имеющих болезненную наклонность разрисовывать стены. Камеры эти моются по несколько раз в сутки и резина для прочности натирается ежедневно смесью глицерина с аммиаком. Ни в одном из изоляторов больной не может нанести себе вреда. Есть одна комната, в которой с помощью особого механизма в окне больной вдруг погружа ется в кромешный мрак. Остроумно устроены в этих комнатах кушетки для нечистоплотных больных. Наружные чехлы на них могут быть заменяемы свежими быстро и сколько угодно раз. Стоки и вентиляция устроены под кушеткою. Больному ни одной минуты не дают оставаться в грязи.

XVI

Вентиляция устроена с непрерывным обменом воздуха. Нагретый и увлажненный воздух накачивается насосом и поступает в комнаты с потолка через карнизы; испорченный уходит через отверстие у пола. Полы, сообразно с целями, устроены разных типов: паркетные, ксилолитовые, деревянные крашеные, картонные и пробковые. Независимо от этого,

в некоторых помещениях они покрываются еще и непромокаемыми озокеритовыми коврами-брезентами.

Электричество в больнице в большом ходу. Оно служит для освещения, для ванн, служит в густой сети внутренних телефонов и, наконец, оно же приводит в движение и часовой контрольный механизм, проверяющий, все ли «дядьки» на своих местах. Управление электричеством сосредоточено в небольшой витрине, находящейся в кабинете врачей.

Надзор за больными, благодаря обилию прислуги, очень бдителен, но и он не исключает возможности несчастий, так как больным удается иногда перехитрить здоровых. Не так давно в больнице покончил самоубийством один больной из хорошей фамилии с титулом. До поступления в больницу его вынимали из петли раз пять. В больнице он тоже неоднократно покушался на переселение ad patres, а потому и надзор здесь был устроен за ним усиленный. Служитель не отходил от него ни на одну минуту. Лежал он в комнате, где не было ни одного выступа, за который можно было бы прикрепить петлю. Тем не менее, он ухитрился умереть от собственной руки. Незаметно для окружающих и дозора он засунул кисть руки за ворот своей сорочки и скрутил его жгутом. Образовалась удушающая петля. Но умер он не от удушья, а от того, что косточками пальцев придавил на шее один из нервов и вызвал этим паралич сердца. Случай этот отнесен к числу тех непредвиденных, которые характеризуются словами: «все под Богом ходим».

Состав больных по роду болезни самый разнообразный, но преобладают солдатики, страдающие последствиями так называемой в медицине предсердечной тоски, выражающейся в тоске по родному месту, по родной деревне. В полках их часто принимают за симулянтов, но психиатрам, к сожалению, действительно приходится убеждаться в их психическом расстройстве. Я видел здесь двух таких субъектов. Оба они, тоскуя по родине, совершили из строя побеги и поплатились за это службою в дисциплинарных батальонах.

Оба они — меланхолики, сумрачны, сосредоточены и не интересуются ничем и даже ничего не едят, так что их приходится кормить искусственно с помощью зонда. Настроение духа у обоих подавленное. Говорят они редко, но в разговоре толкуют только о том, что они — великие грешники, которых впереди ожидает за что-то казнь.

Есть два слабоумных дурачка, которые обвинялись в том, что они будто бы прикидываются глупенькими с целью избавиться от службы. Наблюдение за ними показало, что они — на самом деле дурачки.

Есть несчастный офицер, получивший травму. Следствием ее явился у него неудержимый невольный смех. Человек хочет сказать слово и вместо этого хохочет и не может удержаться. Ужасная болезнь! Есть больные, форма страданий которых требует усиленных и пристальных наблюдений со стороны врача. У этих больных притворство перемешивается и череду-

ется с проявлениями действительной психической болезни. Существуют и больные противоположного характера, так называемые диссимулянты, которые притворяются здоровыми и тщательно скрывают свой бред.

Я видел здесь очень интересного больного-галлюцината. Это молодой солдат еврей с довольно резко выраженным типом. Попал он сюда потому, что сам себя изувечил. Он очень религиозен, подолгу постился и на этой именно почве и разыгралась его душевная болезнь. Однажды, стоя, истомленный воздержанием, на часах, он услышал какой-то что-то повелевавший ему голос, выхватил шашку и стал рубить ею себя по голове. Ран этих он нанес себе много и в нескольких местах повредил даже кость черепа. Подняли его обливающимся кровью. Теперь он выздоравливает. Глаза делаются живыми и разумными. Но он ничего не помнит или, вернее, припоминает мотивы самоизувечения с трудом.

В буйном отделении я наткнулся на сцену. Один больной оторвал другому рукав от халата. Пострадавший обратился с жалобой к проходившему мимо врачу и указал на виновного. Виновный же стучал кулаками по столу и доказывал, что оторвал рукав именно он, виновный, а не кто-либо другой. Тут же рядом с ним сидел третий больной и набивал папиросы с таким равнодушным видом, как будто вокруг царствовала невозмутимейшая тишина. Четвертый ходил из угла в угол и громко пел речитативом какую-то молитву. Такие сцены обычны, ежедневны и даже ежечасны.

В одном из отделений я видел больного, поучавшего собратьев по палате священному писанию. Он читал громко книгу славянской печати, духовного содержания, останавливался на каждой фразе и, подняв перст кверху, поучал. Его никто не слушал, но это нисколько не мешало ему воображать перед собою внимательную аудиторию и придавать своему голосу строгий проповеднический тон.

Сумасшедшие рубахи и смирительные камзолы осуждены психиатрией уже давно, но это не значит, что они совсем выведены из употребления. Бывают случаи, когда больного необходимо облачать в такой наряд, иначе он делается опасен для самого себя. Я наблюдал одного такого поистине злополучного субъекта. Его приходилось спасать от него же самого. Он постоянно ковыряет в носу, и кожа, облекающая у него этот орган, до того стала нечувствительна, что он без боли для себя отрывает ногтями целые куски ноздрей. Половины левой ноздри у него уже нет. Без камзола у него скоро не оказалось бы и всего носа. В рубахе, не дающей простора его рукам, он тих и смирен, но без нее он дерется и даже кусается. В этом случае и орудие пыток и казни оказывается необходимым и полезным.

Больные очень любят слушать назидательные беседы, и с этой стороны у местного больничного священника достаточно работы. Светских развлечений для больных тоже достаточно: кроме еженедельных чтений с туманными картинами, для них устраиваются праздники и концерты. На офицерском отделении к услугам больных стоят несколько роялей, биллиарды,

биксы и иные игры. Пищевое меню разнообразно и меняется еженедельно. В общем, отделение для душевнобольных в Николаевском госпитале без преувеличений может быть названо образцовым.

XVII

Традиционная «Одиннадцатая верста» официально называется больницею «Всех Скорбящих» и лежит на одиннадцатой версте от Петербурга по Нарвскому шоссе. Учреждение это — старое и давно известное не только в публике, но и отчасти в литературе. Его слегка касался покойный поэт Минаев, описывая бога Януса, с которым мы встретимся ниже, и о нем упоминает в своих изысканиях о старом Петербурге М. И. Пыляев, допустивший, между прочим, небольшую неточность, предположив, что роскошное здание, в котором помещается больница, принадлежало прежде Брюссу. Родословная этого здания, основывающаяся на архивных изысканиях, такова. В былые времена это была дача графа К. Е. фон Сиверса и от него перешла к его дочери Е. К. фон Сиверс. Последняя продала это имение в 1779 году светлейшему князю Г. А. Потемкину. У Потемкина эту дачу перекупил граф А. И. Остерман и, в свою очередь, перепродал ее в 1808 году князю П. П. Щербатову, который и был ее последним родовитым хозяином, так как продал ее, в свою очередь, в 1828 году Попечительному совету богоугодных заведений в Петербурге, устроившему здесь больницу. Дача Брюсса, по преданию, лежала несколько дальше, по соседству с тем местом, где был знаменитый в свое время «Красный кабачок».

Такова старая история. Но она еще свежа здесь на каждом шагу. Огромное и очень красивое снаружи здание с колоннадами сохранило и до сих пор отголоски этой эпохи в виде обширных зал, просторных комнат с расписными потолками, старинной живописи и т. д. Остатки стенной живописи и теперь еще можно видеть в «Потемкинской» зале с хорами. Комната эта обращена в церковь, и резвые амуры, с помощью пририсованных крылышек, превращены в херувимов. Но это, кажется, единственное изменение старины. Остальное, что уцелело, сохраняется свято и бережно: люстра, быть может, принадлежавшая Брюссу, старинные картины и даже колонна в саду перед домом. Что означает эта одинокая колонна, памятник или украшение — неизвестно.

Настоящее этой больницы прямо-таки роскошно. Это — одно из богатейших в России учреждений этого рода. Она владеет капиталом в 1 332 600 руб. и получает ежегодного дохода 63 300 руб. Больница «Всех Скорбящих» была любимым детищем императора Николая I, который просто осыпал ее деньгами, и в этом отношении историческая справка является очень интересной. Высочайшим указом в 1847 году повелено было отчислить в пользу больницы из оборотов сохранной казны 200 000 руб.;

в следующем году тоже по указу отчислено еще 100 000; в 1849 году еще 100 000; в 1860 — тоже по указу — 160 000 р. и, наконец, в 1861 — сразу 682 500 руб. В несколько лет, благодаря такой удивительной щедрости, больница стала миллионером. Кроме того, довольно крупные капиталы жертвовались и частными лицами. Этим и объясняется тот комфорт и те удобства, которыми здесь окружают душевнобольных.

Идея, на которой зиждется эта больница, — благотворительность. Весь этот огромный дом и все его капиталы предназначены для призрения только ста бесплатных больных и 180 пансионеров (их теперь 195). Пансионеры платят сравнительно очень небольшие суммы: 30 больных платят по 60 руб. в месяц, 30 по 30 руб., 70 земских по 20 руб. и 65 человек по 10 руб. и по 5 руб. 16 к. Все то, что за эти деньги дается больным и делается для них, далеко, конечно, превышает вносимую ими плату.

Учреждение это принадлежит ведомству Императрицы Марии и призревает по штату только 280 больных: 140 мужчин и 140 женщин. Все они размещены в прекрасных высоких комнатах с громадным количеством воздуха и света. Все новейшие пристройки и постройки сооружены и сооружаются также на широкую ногу. Одна только кухня представляет собою чуть ли не целый палаццо, в котором сосредоточены почти все новейшие приспособления, придуманные в этой отрасли техникой. Огромная ферма дает обилие молока. Стадо свиней и рогатого скота, огороды, луга, пашни, пасека и сады — все это может вселить зависть в любого помещика и все это предоставлено в пользу больных и в их пользование. На пасеке копается больной инженер и разбивает в ней ягодный сад. На огородах работают также больные; всякий делает, что может и к чему имеет склонность. Но здесь труд этот имеет исключительно только врачебное значение. С материальной стороны больница на этот труд вовсе не рассчитывает, как это делают городские больницы. Она для этого слишком богата. Достаточно указать только на то, что на 280 больных по штату полагается 219 служащих. Эти цифры говорят сами за себя. На первом плане благотворительность.

Прислуга здесь вербуется из лиц, взращиваемых в Воспитательном доме. При этом питомицам отдается предпочтение перед питомцами на том основании, что не успеет последний приучиться к уходу за душевнобольными, как ему приходится отбывать воинскую повинность, и с этого момента для больницы он потерян.

Вопрос о питьевой воде здесь так же, как и в Новознаменской даче, остается открытым в ожидании, пока городской водопровод с течением времени доберется и до этих мест и принесет с собою невскую воду. Пока же больница «Всех Скорбящих» пользуется собственным старинным водопроводом из реки Лиговки, по которому вода идет самотеком по открытой канаве, заканчивающейся в больничном дворе круглым прудом. Когда-то, по преданию, вода Лиговки славилась своим вкусом и чистотою, но теперь

ее приходится усиленно фильтровать и аппаратом Ягна и пастеровскими фильтрами. А расходуют ее здесь щедро: кроме прачечной, кухни и бани, ежедневно делается не менее 50–60 ванн.

XVIII

Система постройки зданий здесь коридорная, и прогуляться по коридорам тут очень интересно. Это — далеко не те мрачные, тюремные коридоры с кельями одиночного заключения по бокам, которые так подавляюще действуют на душу в городской больнице св. Николая Чудотворца. Здесь это — широкие, светлые пространства с мебелью вдоль стен и с дверями направо и налево, ведущими в просторные боковые комнаты. В этих коридорах больные проводят время очень охотно, прогуливаются и беседуют между собою, несмотря на то, что для их дневного пребывания отведены восемь больших зал и две громадные столовые.

В этих коридорах можно встретить и растянувшегося на диванчике с книгою в руках бывшего студента, и кропающего какую-нибудь работу простеца, и прогуливающихся взад и вперед взрослых гимназистов, и инженера, сосредоточенно обдумывающего perpetuum mobile на новых началах. Тут же вдруг перед проходящим доктором вырастает веселенькая фигурка франтовато одетого молодого человека с полотенцем в руках, который начинает с улыбкою извиняться за свой туалет, так как он только что из ванны.

Все с удовольствием беседуют с доктором, беседуют мирно и степенно. Многие очень задумчивы, и доктор очень часто шепчет мне:

— Студент… бывший студент… студент… инженер… нотариус…

Студентов здесь оказывается почти пятнадцать душ. Часть их еще может рассчитывать на поправку; но для большинства закрыта всякая надежда. Люди умственного труда большею частью безнадежны. Типичным представителем их может служить инженер, воображающий себя богом Янусом. В свое время он был воспет покойным Минаевым.

Это маленький глухой старичок, отвечающий на вопросы невпопад и, по-видимому, очень мало заботящийся о том, чтобы его понимали. Окно его комнаты уставлено моделями разных храмов и построек, над которыми возвышается своего рода Эйфелева башня. Все это он сработал собственными руками, и в этих моделях, в кривизне своеобразных архитектурных линий, в причудливости замысла и в непонятном для здорового ума сочетании отдельных частей, составляющих удивительно нелепое целое,— вылилась вся творческая сила этого больного мозга.

На праздниках и во время спектаклей, которые даются в роскошной «Мариинской» зале, он надевает на себя различные регалии, которые, по его мнению, приличествуют Янусу, и в таком наряде ходит среди гостей. Что это за наряд и за регалии — видеть мне не удалось.

Интеллигентов в этой больнице, как среди мужчин, так и среди женщин, не мало. Все это люди самых разнообразных профессий. Но многие из больных, попав сюда, круто разрывают с своими прежними занятиями. Таков, например, инженер, работающий на пасеке и всецело отдавший себя уходу за пчелами и ягодными кустами. Его болезнь — мания преследования.

Таков бывший монах, теперь вовсе не посещающий церкви. Он — галлюцинат и неизлечим. Ему постоянно слышатся какие-то раздражающие его скверные речи, и чтобы не слышать их, чтобы хоть сколько-нибудь избавиться от них, он обвязывает себе голову и уши простыней. В этом виде голова его, с выступающим из огромного узла простыни лицом, напоминает что-то вроде бедуина на картинке в учебниках географии; рясы он не носит.

Он словоохотлив и добродушно смеется после каждой своей фразы, хотя бы она и не была смешна. Его комната нечто среднее между жильем и мастерской. На полу стоят разные постройки и сооружение из папки, у стен картины и весь подоконник завален черными куколками. Все это — его работы. Он и строитель, и художник, и скульптор. Он с охотою показал нам свои работы масляными красками и даже подарил доктору и мне по масляной картинке, изображающей корзину с цветами.

Скульптура его очень аляповата, но все-таки можно понять, что именно изображает каждая куколка. Все это монахи и монахини в рясах и клобуках. Каждая куколка оригинально приданной ей позой и движением не похожа на другую.

— Почему же вы только иноков делаете? — спрашивает доктор. — Вы бы что-нибудь другое.

— А нельзя. Мне игумен велел. Говорит: «лепи преподобных». Ну, я и леплю только одних преподобных, хе, хе!.. Зато по живописи я делаю, что хочу, без запрета. Смотрите, как я масляными красками пишу с фотографических карточек… Кармин с тушью, хе, хе!..

В конце визита он подал доктору список необходимых ему красок. На самом первом месте стояли: «белила Айвазовского».

— При чем тут Айвазовский? — спросил доктор.

— А это он такую краску составил. Он — знаменитый художник, хе, хе!..

В те времена, когда его оставляют галлюцинации и он чувствует себя лучше, он вспоминает старую иноческую жизнь и читает на клиросе во время богослужений, но это случается чрезвычайно редко. Большею частью он избегает посещения храма, угнетаемый неотвязчивыми нашептываниями в уши.

Благодаря простору и большому пространству шума в отделениях для буйных не слышно.

Интересно, что литературные произведения с «одиннадцатой версты» попадают иногда в печать и читаются публикой, которая, конечно, этого не подозревает.

В одной из прекрасно меблированных комнат давно уже проживает бывший нотариус. Его жилище — кабинет со всеми его атрибутами и с полками книг. Он занят разработкою какого-то вопроса и постоянно пишет, справляясь с энциклопедией и другими пособиями.

— Постоянно занят литературным трудом и пишет,— шепнул мне доктор.

— Для собственного удовольствия?

— Нет, иногда и печатает.

— Где?

— Не могу ответить вам точно, но знаю, что некоторые его статьи вы можете найти в специальной и общей печати.

— Осознает ли он свое грустное положение?

К сожалению, ответа на свое вопрос и дальнейших подробностей я получить не мог. Что-то отвлекло общее внимание, и доктор должен был обратиться к другому больному — кажется, гимназисту, просившему освободить его ввиду того, что в гимназиях скоро начнутся занятия…

XIX

Женское отделение по пространству несколько превосходит мужское. В нем 100 палат, в то время как в мужском только 79. Зал для дневного пребывания, большая рукодельная мастерская и две столовые. Здесь на душу приходится свыше 5 куб. саж. воздуха (у мужчин 4 куб. саж.). Такие условия в Петербурге редки и встречаются не во всякой обывательской квартире. Если к этому прибавить семь садов, которым позавидовала бы даже загородная Пантелеймоновская больница, и громадную рощу для прогулок, то нужно будет прийти к заключению, что петербуржец редко пользуется подобным раздольем даже на даче.

Этим, вероятно, и нужно объяснить то, что средний вывод за последние 10 лет дал 28,8 проц. выздоровлений и только 10,5 смертности. Пребывание и работы на свежем воздухе и простор несомненно оказывают свое благотворное влияние. Надзор за больными здесь не особенно труден, так как на одного служителя в среднем приходится меньше четырех больных (40 служителей и 42 сиделки).

На женском отделении чистенько, мило, а во многих помещениях даже и уютно. Женщины и сюда внесли элемент хозяйственности и домовитости. Из иной комнаты просто даже не хочется уходить — до того она по своей обстановке не похожа на больничное помещение.

Интересна здесь, между прочим, одна старуха, плакавшая при мне самыми горькими слезами и умолявшая доктора заступиться за нее. Все без

исключения обижают ее и отравляют ей существование тем, что распускают о ней сплетни и бранят ее в глаза и за глаза. Разгадка этих горьких слез и жалоб заключается в том, что бедная старуха глуха на оба уха, не может понять то, что говорят ее соседи, и с чисто женской проницательностью проникается убеждением, что говорят именно о ней и говорят, само собою разумеется, дурно.

Изоляторы существуют как на мужской, так и на женской половине, и врачебный персонал больницы «Всех Скорбящих» находит, что они необходимы, а иногда и прямо-таки полезны. Новейшее учение о выдерживании разбушевавшегося больного в постели, среди больных же, здесь подвергается научной и практической критике. Об этом Bettbehandlung пишут пока еще только молодые врачи на Западе, и поклонниками этой системы у нас тоже пока являются еще только молодые врачи. Старые же психиатры стоят за изоляцию буйных. Они говорят, что новой системе, поставившей своею задачей растворять буйный и беспокойный элемент среди спокойных, могут подчиняться не все больные, а только некоторые. Удержать в кровати можно только острого и тифоподобного больного. Другие же виды буйных приходится изолировать уже потому, что при укладывании в кровать они оказывают сильнейшее сопротивление и борьбу, в результате которой оказываются синяки и т. п. Уединенный же в изолятор больной побуйствует немного, но потом мало-помалу, предоставленный самому себе, успокаивается и приходит в свое нормальное состояние.

Таковы взгляды врачебного персонала этой больницы. О них мне говорили много, подробно и убедительно со ссылками на научные данные, на долговременную практику и на индивидуальность больных.

XX

Существование и деятельность таких прекрасных и принадлежащих разным ведомствам учреждений, как Дом призрения Императора Александра III, Николаевский военный госпиталь и больница «Всех Скорбящих», показывают очень убедительно, что душевнобольных можно призревать и лечить при хорошей для них обстановке, но что город сильно отстал в этом отношении и что ему предстоит еще сделать очень и очень многое для того, чтобы догнать хоть одно из этих учреждений.

Не предрешая ничего, я буду ссылаться только на факты. Если бы обозреватель, побывав в Удельной, посетил сначала больницу Александра III, а затем ее соседку — больницу св. Пантелеймона, то он был бы поражен страшным контрастом. В одной — чистенькие, новенькие и исправно содержимые домики и павильоны и даже целый дворец для пансионеров. Другая состоит из ряда разрушающихся от времени старо-древних зданий. Посетителя поразили бы такие вопиющие вещи, как отваливающиеся сени в одном павильоне и окна у самого потолка в другом. Он удивился бы,

как могут жить больные под вечными сквозняками, при отсутствии вентиляции, при примитивном отоплении и освещении и в ужасающей скученности.

Больница св. Пантелеймона летом и зимою носит две совершенно различные физиономии. Летом больные рассыпаны по садикам и дворикам и в павильонах открыты окна. Зимою же, когда дряхлые помещения переполнены больными и двери заперты на замок, воздух быстро становится невозможным. О павильоне неопрятных нечего и говорить. Вопиющая скученность больных, при недостатке свежего воздуха, несомненно должна влиять на их здоровье. Мне пришлось однажды побывать в одном из павильонов ночью, во время сна больных. Воздух был невыносимый. И это было летом. Что же здесь должно быть во время холодов, принудительно обязывающих затыкать все щели?! В этой больнице можно было бы разместить не более 400 человек; их же там более 750.

О том, что больница св. Пантелеймона вовсе не приспособлена для призрения душевнобольных, я уже говорил в своем месте. Нельзя требовать больничных условий от зданий, которые были первоначально построены для земледельческого училища и в которых потом стояла артиллерия. В наше время, когда для больниц строятся специально выработанные под диктовку науки здания, Пантелеймоновская больница представляет собою вопиющий анахронизм.

Здесь врачебный и служебный персонал живет под вечным страхом пожара от жестяных керосиновых ламп и не без зависти смотрит на электрические огни соседнего Дома призрения. Страх этот в короткое время оправдывался три раза: в больнице было три пожара и она нисколько не гарантирована от четвертого. Бывший главный врач этой больницы Н. Н. Баженов справедливо заявил в одном из своих научных докладов, что если бы пожар произошел в павильоне слабых и паралитиков, то Бог весть, что могло бы из этого выйти. Жертвами огня сделались бы десятки несчастных, не могущих двинуться с места без посторонней помощи. Водопровод во время пожаров работал плохо и на него надежда плохая.

Современное положение зданий этой больницы требует капитальнейшего ремонта, т. е. попросту, старые, разрушающиеся здания надо снести прочь и на месте их воздвигнуть новые, и только тогда можно ожидать чего-нибудь порядочного и приличного. Правда, город ежегодно отпускает известную сумму на ремонт, но это — деньги прямо пропащие, потому что они служат для накладывания новых заплат на старое рубище. Не нужно быть пророком для того, чтобы предсказать, что при таком способе накладывания новых заплат здания все-таки будут догнивать и со временем совсем откажутся служить.

Нельзя сказать, чтобы город вовсе не заботился об этой больнице. Недавно построены два новых павильона и отремонтированы два старых.

Но новые пополняют очень немного огромный пробел, а отремонтированные только «подмазаны» снаружи и изнутри, основа же осталась по-прежнему старой и дряблой.

Внутренние приспособления также сильно хромают. Печи старого образца, вытягивающие воздух только из коридоров и совсем не вентилирующие палат. В одних павильонах без толку проделана масса окон, а в других и в ясную погоду пасмурно. Обитатели же одного злополучного павильона навсегда лишены возможности видеть, что делается во дворе, потому что окна устроены под самым потолком. С какою целью сделано это и чем руководился строитель во время оно — неизвестно никому. Окна эти, выводящие врачей и особенно больных из себя, составляют для всех неразрешимую загадку. Но от этого, конечно, никому не легче.

В то время как в других больницах заботятся о том, чтобы больной, запертый в изолятор, не нанес себе вреда, и с этой целью обшивают стены тюфяками, а в некоторых учреждениях устраивают даже дорогие резиновые комнаты, — здесь в изоляторах стены деревянные, не упругие и даже оштукатуренные. Это в одинаковой мере относится и к остальным городским психиатрическим больницам, за исключением разве штукатурки.

При таких печальных и даже подчас невозможных условиях врачебному персоналу приходится только беспомощно опускать руки. Будь психиатр даже семи пядей во лбу, он мало может помочь больному, если у него нет двух главных факторов лечения — воздуха и простора. Врачи стараются всячески сделать жизнь призреваемых сносною: устраивают прогулки, чтение и спектакли, но и они сознаются, что этого мало и что больные нуждаются кроме этого еще во многом, чего врачи не могут дать, но что мог бы дать город, разредив страшную скученность больных и позаботясь об улучшении их помещения. На Пантелеймоновскую больницу давно бы следовало поставить крест, как на невозможную больничную нелепость, и совершенно упразднить ее. Без преувеличения можно сказать, что даже многие бедные земские больницы в провинции устроены лучше столичной Пантелеймоновской.

XXI

Больница Николая Чудотворца, обставленная прекрасно во врачебном отношении, оставляет желать много лучшего в остальном. Прежде всего, она страшно переполнена и в ней в настоящее время буквально некуда поставить лишнюю кровать, если бы в этом почувствовалась нужда. Старший врач этой больницы О. А. Чечотт, слова которого я цитировал в своем месте, очень красноречиво жалуется в своей брошюре на эту скученность и на страшную тесноту.

В больнице Николая Чудотворца не хватает воздуха и света. Это была когда-то тюрьма. Тюрьмою она и осталась. Вдоль здания тянутся мрачные

коридоры и по бокам их — камеры, служившие когда-то камерами заключения для арестантов. Света в них так мало, что пришлось в некоторых камерах рубить окна в потолке. Вентиляция и отопление — совсем не больничные. В коридорах даже днем чувствуется запах жилого помещения. Благодаря неусыпным и многолетним хлопотам врачей, с О. А. Чечоттом во главе, многое в этом тюремном здании переделано и перестроено, но все же это не более как только паллиативы, и здравый смысл и опыт говорят, что тюрьму почти невозможно переделать в психиатрическую больницу. Никогда она не будет удовлетворять требованиям современной психиатрии.

«Уткина дача» на Малой Охте, в которой помещается отделение для 250 женщин, представляет собою старый барский дом с остатками этого барства в виде расписных стен и потолков, но с окнами, в которые проходит вода во время дождей (комнаты врача), и с множеством всякого рода щелей. По своему положению на берегу речки Охты это, пожалуй, лучшее из мест для призрения душевнобольных. Здесь есть и сад, и воздух, и вода; но это все-таки не больница, так как нельзя считать за больницу помещения, переделанные в палаты из прежних служб и конюшен (флигеля). В этих флигелях — некогда конюшнях — и сыро и душно. Для вентиляции только сравнительно недавно устроены камины. Освещение и здесь керосиновое и не безопасное. Сквозняков и здесь много. Но все же это до известной степени терпимо, потому что напоминает собою дачу — впрочем, очень беспокойную для больных, благодаря, с одной стороны, шуму из ближайших питейных заведений, а с другой — свисткам буксирных пароходиков, бороздящих Охту.

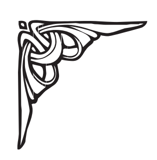
Другое отделение для 70 женщин в Екатерингофе в больничном и даже в богаделенном смысле должно быть поставлено ниже всякой критики. Это, как я уже и описывал, деревянный двухэтажный дом на берегу зловонной речки Бумажной. Набит он, как бочка сельдями, настолько, что даже прислуга принуждена проводить свободное время в ванной комнате за неимением свободного места. Не дай Бог пожара в этой деревянной храмине с керосиновым освещением, крутою внутренней лестницей и обыкновенными, ничем не защищенными печами! Стараниями врачебного персонала здесь поддерживается безупречная чистота и воздух освежается сквозь продырявленную жесть, вставленную вместо стекол, но ведь и это мало помогает делу. Поселите в небольшой, плотно устроенный особняк сразу семьдесят больных и слабых человек — и вы поймете, как скученно должны чувствовать себя эти жильцы и как это далеко от типа даже самой скромной и бедной больницы.

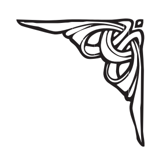
В деле призрения душевнобольных городу не повезло, и сильно не повезло. Дело это в Петербурге поставлено ужасно неудачно и требует коренных реформ, но никак не паллиативов. К этим реформам, по-видимому,

уже сделан шаг в виде приобретения прекрасной Новознаменской дачи и возводимых в ней новых зданий. Дача эта со временем обещает превратиться в хорошую и хорошо поставленную колонию для хроников. Это, вероятно, и случится через несколько лет. Но эта дача рассчитана только на 1500 человек и больше в нее поместить будет невозможно. Петербург же должен призревать свыше 3000 душевнобольных. Куда же денутся остальные полторы тысячи? Везде все переполнено и наличный состав больных призревается и живет, как мы видели, при очень плохих условиях.

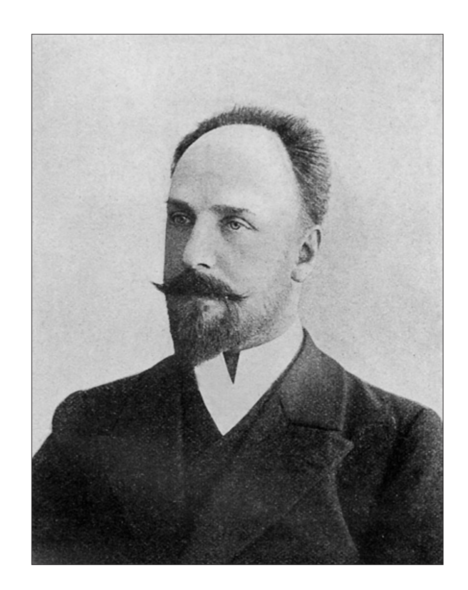
Об этом городу не мешало бы подумать, и подумать серьезно. Вопрос становится жгучим, и на него, как говорят сведущие и компетентные люди — психиатры, возможен только один и при том единственный ответ: постройка новой и вполне приспособленной специально для целей психиатрии больницы.

Другого решения подыскать нельзя. Да его, кажется, и нет.





Александр Леонтьевич МЕНДЕЛЬСОН (1865–1940)



А.Л. Мендельсон проработал врачом нашей больницы чуть более года, но учитывая значение его работы для петербургской психиатрии, в которой больница св. Николая Чудотворца занимала ведущее место, мы решили включить в наш сборник данную статью. Некоторые данные об авторе и его литературном творчестве опубликованы в «Журнале невропатологии и психиатрии» в 1990 году (125-летие со дня его рождения) историком психиатрии Августом Моисеевичем Шерешевским.

Данная работа была впервые доложена 19 октября 1901 года на заседании Петербургского общества попечения о душевнобольных. Общество начало свою работу 11 марта 1901 года. Его появление было обусловлено пониманием общественностью необходимости поддержки столь незащищенной группы горожан. В состав общества входили не только психиатры, но и многие видные общественные деятели города. Средства собирались как из личных взносов членов и пожертвований, так и через благотворительные мероприятия (спектакли, чтение лекций, кружечный сбор и т.д.). А.Л. Мендельсон своим докладом знакомил всех членов общества с современным положением психиатрической службы.

Позднее, в 1902 году доклад был напечатан в газете «Русский врач», по данному изданию он и печатается в сборнике.

Печатается по изданию:

Мендельсон А.Л. Проект семейного патронажа душевнобольных хроников // Русский врач. — 1902. — № 2. — С. 62–67; № 3. — С. 102–106.

А. Л. МЕНДЕЛЬСОН

Проект семейного патронажа душевнобольных хроников[1]

Отрицательные стороны современной культурной жизни с особенною остротой отражаются на населении больших городов. Непрерывный рост фабричной промышленности рядом с постепенным обеднением деревни привлекает в города десятки тысяч рабочих. Теснота помещений, недоедание, чрезмерное обременение работою ведут к истощению здоровья самого многочисленного класса городских жителей; алкоголизм присоединяет свое пагубное влияние на рабочие классы; скученность же и пьянство способствуют распространению среди населения чахотки и сифилиса. Всюду заболеваемость и смертность городского населения значительно выше, чем сельского; в частности, во всех больших населенных центрах, как на Западе, так и у нас, поразительно высок % душевнобольных среди населения; в то же время относительное количество самоубийств в городах неизгладимо выше, чем в сельском населении, развитие же душевных болезней, как известно, находится в прямой зависимости от таких факторов, как алкоголь, сифилис, истощение организма, переутомление. Огромное большинство самоубийств, в свою очередь, является следствием душевных расстройств и истощения нервной системы непосильною борьбой за существование.

Но современная цивилизация обладает, с другой стороны, и средствами для устранения того вреда, который наносится человечеству тяжелыми условиями непомерно усложнившейся жизни. Проведение в жизнь требований гигиены и врачебной науки, т. е. возможное устранение болезнетворных причин и своевременная помощь заболевшим, понижает заболеваемость населения и увеличивает среднюю продолжительность жизни. Особенно убедителен пример Англии, не остановившейся перед огромными затратами в целях оздоровления страны: смертность там упала до 18 на 1000 жителей, а средняя продолжительность жизни для новорожденных мужского пола считается в 48 лет, тогда как в России все еще умирают 32 на 1000 и каждый новорожденный может рассчитывать лишь на 27 ¼ лет жизни.

В области душевных болезней точно также наиболее культурные государства создали сравнительно наилучшие условия для призрения и лечения душевнобольных. В больших городах, где чрезвычайно высока психопатическая заболеваемость, помощь психически заболевшим организована в более совершенной степени, чем в остальных населенных местах.

---

[1] Сообщено на общем собрании Общества попечения о душевнобольных в Петербурге 25/X 1901 г.

Сосредоточение в больших населенных центрах огромных масс душевнобольных объясняется, однако, не только повышенною психопатическою заболеваемостью городских жителей, но в известной степени и усиленным притоком пришлого населения. Кроме того, условия жизни городской бедноты таковы, что оставление в семье душевнобольного является в высшей степени затруднительным (теснота, отсутствие надзора, дороговизна содержания бесполезного члена семьи); в то же время в больших городах общественные власти и частная благотворительность в той или иной мере озаботились облегчить помещение душевнобольного в специальную лечебницу или приют. Совокупность всех этих обстоятельств и вызвала безостановочное нарастание населения городских психиатрических заведений. Так, на попечении органов общественного управления в Лондоне 1 января 1898 года находилось 14 079 душевнобольных (32 на 10 000 жителей), в Париже (вместе с департаментом Сены) в 1890 году — 11 200 душевнобольных (35 на 10 000), в Берлине в 1898 — 4612 душевнобольных (28 на 10 000).

В Петербурге, по собранным мною сведениям, 1 января 1900 года в заведениях различных ведомств, включая сюда и частные лечебницы, состояло всего 3572 душевнобольных. Значительное большинство, именно 2587 (1388 мужчин, 1199 женщин), т. е. 18 на 10 000 жителей[2], призревалось в заведениях городского общественного управления. В больнице «Всех Скорбящих», принадлежащей ведомству учреждений Императрицы Марии, состояло 338 больных (148 мужчин, 190 женщин); в Доме призрения душевнобольных Императора Александра III находилось 344 (183 мужчины, 161 женщина); в клинике душевных болезней при Военно-Медицинской академии состояло 89 чел. (58 мужчин, 31 женщина); в психиатрическом отделении Николаевского военного госпиталя — 114 мужчин; в частных лечебницах докторов Бари и Штейна — около 100 душевнобольных.

Больница «Всех Скорбящих»[3], открытая в 1832 году, первоначально предназначалась для душевнобольных Петербурга, которые и были туда переведены из первого дома для умалишенных, учрежденного еще в 1779 году на месте нынешней Обуховской больницы. В настоящее время больница «Всех Скорбящих» не несет обязанности призревать городских душевнобольных. В эту больницу поступают в значительном числе иногородние, а также больные, определяемые по ходатайству и за счет Петербургского губернского земства, не имеющего до сих пор собственной психиатрической лечебницы. Сюда принимаются как платные пансионеры, так и бесплатные

[2] Москва призревает в 2 городских психиатрических больницах 1092 чел. (9 апреля 1901 г.) или 11 на 10 000 жителей; земства содержат в своих заведениях самое большее 4,1 душевнобольного на 10 000 жителей (Тверская губ.); некоторые земские губернии (Воронежская, Самарская, Саратовская) призревают не более 1,3 на 10 000 населения. В неземских губерниях дело обстоит еще хуже.

[3] Д-р О. А. Чечотт. Призрение помешанных в Петербурге. Вестник клинической и судебной психиатрии. 1889. Т. VI, вып. 2.

больные, по мере открывающихся вакансий. Прием больных производится в пределах установленного штата, каждый раз с разрешения директора; переполнение больницы «Всех Скорбящих» сверхштатными больными не допускается.

Дом призрения Императора Александра III, находящийся на Удельной, учрежден в 1870 году по почину и на личные средства цесаревича Александра Александровича, пожелавшего ознаменовать благим делом свое выздоровление от тяжелой болезни и обратившегося к тогдашнему петербургскому градоначальнику Трепову за указанием наиболее настоятельной нужды столичного населения. Трепов доложил цесаревичу об ужасном положении душевнобольных в столице, которые не находят места в больницах, содержатся иногда подолгу в полицейских частях, где приковываются на цепи и подвергаются сплошь и рядом истязаниям. Осмотрев лично помещения душевнобольных при полицейских частях, покойный Государь, тогда цесаревич, приказал приступить к сооружению приюта для 100 душевнобольных. Следовательно, Дом призрения первоначально (точно так же, как и больница «Всех Скорбящих») предназначался для нужд Петербурга. Бесплатные вакансии, разумеется, тотчас же были заняты, и дальнейший рост Дома призрения заключался преимущественно в увеличении числа пансионерских мест, вследствие чего приют в значительной мере выполняет функцию частной лечебницы для душевнобольных. Большинство поступающих сюда больных принадлежит к иногородним.

Клиника душевных болезней, а также психиатрическое отделение Николаевского госпиталя находятся в ведении военного министерства и имеют свои специальные задачи.

Итак, перечисленные психиатрические заведения призревают в общей сложности около 900 больных, значительная часть (если не большинство) которых принадлежит к иногородним и при том к состоятельному классу (пансионеры); следовательно, делу призрения душевнобольных из среды столичного населения, огромное большинство которого состоит из рабочего люда и вообще бедноты, эти лечебные заведения помогают мало. Не могут идти в счет и частные лечебницы, удовлетворяющие потребности малочисленного состоятельного класса.

Вся тяжесть попечения о заболевающем городском населении, все заботы о лечении острых душевнобольных, о призрении неизлечимых ложится, таким образом, почти полностью на заведения, принадлежащие городскому общественному управлению и содержимые на счет плательщиков городских сборов.

Городские психиатрические заведения представляют, как легко понять, особый общественный интерес: они обязаны во всякое время удовлетворять ежедневному спросу на лечение и призрение вновь заболевших, вынуждены расширять свои пределы и бюджеты сообразно росту численного состава населения. Вследствие этого я позволю себе в дальнейшем заняться

обзором положения душевнобольных исключительно в заведениях городского общественного управления.

Первый дом для умалишенных был открыт в Петербурге, как уже было упомянуто, в 1779 году; он находился в ведении правительства и существовал до учреждения больницы «Всех Скорбящих» в 1832 году. Переполнение последней повлекло за собою открытие в 1843 году мест для душевнобольных при Исправительном заведении на Мойке (впоследствии — больница св. Николая Чудотворца); кроме того, вскоре вновь было открыто психиатрическое отделение при Обуховской больнице, находившейся в ведомстве Попечительного совета, учрежденного в 1828 году.

Ближайшее участие города в деле призрения душевнобольных впервые выразилось в 1846 году учреждением Думой полицейского приюта на 12 больных. Попечительный совет, расширив психиатрическое отделение при Исправительном заведении до 55 мест, задумал преобразовать это отделение в самостоятельную лечебницу, увеличив его еще на 80 мест. По предложению генерал-губернатора город в 1865 году взял на себя содержание 40 кроватей в этой лечебнице и возместил часть расходов по переустройству заведения, вместе с тем городской полицейский приют был закрыт. 1 января 1866 года была открыта новая так называемая «Временная лечебница для умалишенных при Исправительном заведении», которая в 1872 году, когда по высочайшему повелению из Исправительного заведения были выведены все арестанты, была переименована в больницу св. Николая Чудотворца и увеличена еще на 135 мест.

Несмотря, однако, на последовавшее незадолго перед этим открытие Дома призрения на Удельной и на столь значительное расширение больницы св. Николая, полицейские приемные покои продолжали переполняться душевнобольными, остававшимися здесь без всякого лечения. Поэтому Городская Дума, по предложению градоначальника Трепова, открыла в 1876 году на Обводном канале приют на 50 острых душевнобольных. В то же время Попечительный совет и Высочайше учрежденная Санитарная комиссия содержали хронических душевнобольных в городской и Малоохтинской богадельне, в Большеохтинской и Загородной (ныне св. Пантелеймона) больницах.

1 сентября 1884 года состоялась передача больничных учреждений ведомства Попечительного совета в заведывание городского общественного управления. В начале 1885 года город должен был призревать уже свыше 1000 душевнобольных, содержавшихся в больнице св. Николая Чудотворца (320 чел.), в открытом ранее временном городском приюте (70), в городских и Охтинских богадельнях (530) и в Загородной больнице (170).

Городской приют был закрыт; при этом было увеличено число мест в больнице св. Николая Чудотворца; Загородная больница, переименованная в больницу св. Пантелеймона, была целиком отведена для хронических душевнобольных; больные других категорий были отсюда выведены. Через

2 года, с переводом в больницу св. Николая Чудотворца душевнобольных арестантов, содержавшихся дотоле главным тюремным управлением в Загородной больнице, число мест для душевнобольных в городских учреждениях достигало 1370 и распределялось так: в больнице св. Николая Чудотворца — 380, в больнице св. Пантелеймона — 620, в городских богадельнях — 150, в Малоохтинской богадельне — 220 мест.

Центральною приемной станцией для вновь поступающих больных сделалась больница св. Николая; отсюда душевнобольные постепенно переводились в остальные городские заведения. По отзыву д-ра О. А. Чечотта, неутомимою энергией которого организовано дело призрения душевнобольных в Петербурге, эта мера дала удовлетворительные результаты, так как благодаря ей в больнице св. Николая Чудотворца стали чаще открываться места для острых больных; последние меньше времени оставались в больнице и своим более скорым выходом из нее облегчали доступ новым больным.

Однако число городских мест для душевнобольных (1370) далеко не отвечало действительной потребности. По переписи 1888 года население Петербурга с пригородами доходило до 975 368; а так как, по данным статистики, на 1 000 000 городского населения приходится от 2500 до 3000 душевнобольных, то вне больниц оставалось, во всяком случае, более 1000 чел.

Психиатрические заведения рисковали переполняться сверх штата; эвакуация хроников из центральной лечебницы была заторможена, а вследствие этого больница св. Николая Чудотворца была вынуждена отказывать в приеме новым больным, допуская их лишь по мере открывавшихся свободных мест; при этом, прежде всего, принимались кандидаты, накоплявшиеся в общих городских больницах, и больные, содержащиеся временно в приемных покоях при полицейских частях. В этих приемных покоях, потерявших уже давно характер исключительно передаточного пункта, душевнобольные оставались подолгу, ожидая вакансии в психиатрической больнице; одни за это время, случалось, выздоравливали, другие умирали, либо переходили в хроническое состояние и по временам водворялись полицией обратно в их семейства, почти на вынужденное попечение[4].

Такое положение дел побудило, в конце концов, тогдашнего градоначальника ген. Грессера издать 20 мая 1890 года приказ по полиции, заканчивавшийся так: «Предлагаю чинам наружной полиции в случаях получения заявлений о нахождении в их участках психически больных, угрожающих общественной безопасности, по удостоверении полицейским или пользовавшим больных врачом действительности болезни, отправлять таковых в соответствующее лечебное заведение помимо приемных покоев. В случаях отказа больницы принять доставленных полицией больных со-

[4] Медицинский отчет больницы св. Николая Чудотворца за 1890 г., стр. 1.

ставлять протоколы и представлять оные ко мне, для привлечения виновных к ответственности».

Этот приказ градоначальника от 20 мая 1890 года за № 140 положил начало новой эре в истории призрения душевнобольных в Петербурге. Состоящая при Городской управе больничная комиссия предписала принимать беспрепятственно всех направляемых полицией душевнобольных в больницу св. Николая Чудотворца. С этого года число поступления душевнобольных в названную больницу является уже не случайною величиною, но довольно точным выражением действительной потребности населения в местах для душевнобольных. Число ежегодных поступлений в больницу св. Николая Чудотворца сразу же резко возросло и дошло в 1890 году до 818, тогда как в предыдущем году оно равнялось 547. Дальнейшее возрастание абсолютного числа поступлений представляет довольно правильную прогрессию[5].

Года	**Число поступлений в больницу св. Николая**	**На 10 000 жителей поступило душевнобольных**
1890	818	7,91
1891	1003	9,43
1892	1055	9,55
1893	1145	9,96
1894	1447	12,09
1895	1186	9,77
1896	1400	11,05
1897	1318	9,99
1898	1523	11,57
1899	1422	10,34
1900	1444	10,03

При этом отношение числа поступлений каждого года к численности населения, вычисленной на основании результатов переписей 1890, 1897 и 1900 гг., является величиною довольно постоянною: в среднем за 10-летие 1891–1900 гг. в больницу поступало по 10,38 душевнобольных в год на 10 000 жителей.

Если сравнить коэффициент ежегодных поступлений в петербургскую психиатрическую больницу с соответственным коэффициентом городских заведений для душевнобольных на Западе, то получим для Берлина 17,13 (1898–1899), для Парижа 18,17 (1888), для Лондона же только 6,7 на 10 000 жителей (1897). Столь низкая цифра для английской столицы объясняется тем, что там уже давно все хронические душевнобольные отданы в обще-

[5] По данным отчетов петербургской городской больничной комиссии.

ственное призрение, и ежегодный прилив состоит в огромном большинстве случаев из очень свежих заболевших (не дольше 3 месяцев).

Еще до вынесения приведенного приказа ген. Грессера больница св. Николая Чудотворца страдала от переполнения, особенно в летнее время, когда некоторые отделения приходилось закрывать для ремонта; вследствие этого в 1886–1888 гг. были построены на дворе больницы два деревянных барака, вместимостью на 100 и 36 больных, в следующем году была отведена для помещения душевнобольных квартира смотрителя. Острое переполнение больницы в 1890 году приняло угрожающее размеры: состав больных, державшийся до того времени около 380 соответственно числу штатных мест, поднялся к концу года до 500 чел., а в следующем 1891 году возрос до 602. Пришлось занять больными квартиры 4 врачей, где кое-как были размещены 75 больных. Выселение из психиатрической больницы врачей, разумеется, ослабило врачебный надзор, особенно необходимый по отношению к острым душевнобольным.

Такое положение дел и особенно перспектива дальнейшего прироста населения больницы св. Николая Чудотворца вынудили больничную комиссию озаботиться устройством новой больницы-колонии для хронических душевнобольных, так как дальнейшая эвакуация хроников в больницу св. Пантелеймона (где уже содержалось более 700 чел.) была невозможна ввиду плохого состояния зданий этой больницы и недостаточности земельного участка для устройства там психиатрической колонии. В том же 1891 году Городская Дума постановила приобрести за 90 000 руб. Новознаменскую дачу (за Лиговом); летом 1893 года сюда были помещены первые больные, числом до 150. В следующем году было открыто отделение больницы св. Николая Чудотворца в Екатерингофе на 70 женщин. Дальнейшее увеличение числа мест для призрения городских душевнобольных происходило лишь в постепенно отстраивавшейся Новознаменской больнице, куда переводились, однако, только совершенно спокойные хроники, преимущественно способные к труду. Острые же душевнобольные содержались в крайней тесноте в больнице св. Николая Чудотворца; в ней же, а также в ветхой и плохо приспособленной больнице св. Пантелеймона призревались беспокойные и опасные душевнобольные из категории неизлечимых.

В 1895 году городская больничная комиссия выработала, по поручению Думы, общий план наилучшего призрения душевнобольных в Петербурге, заключающийся в следующем[6]:

1. Город обязан призревать 2500 душевнобольных, распределив их между городскими заведениями так, чтобы в больницах св. Николая Чудотворца помещалось 400, в больнице св. Пантелеймона 600 и на Новознаменской даче 1500 человек.

---

[6] Отчет Петербургской городской больничной комиссии за 1899 г., стр. 120.

2. Больница св. Николая Чудотворца служит приемным местом для всех вновь поступающих душевнобольных и лечебницею для всех свежезаболевающих; здесь же призреваются те из хроников или неизлечимых, которые нуждаются в пребывании в совершено закрытых заведениях; наконец, здесь должны содержаться и испытуемые подсудимые и душевнобольные арестанты.
3. Больница св. Пантелеймона предназначается для хронических душевнобольных преимущественно беспокойных, требующих бдительного врачебного ухода, а также для некоторых больных, пребывающих в домах для умалишенных на основании 95 и 96 ст. Уложения о наказаниях
4. Больница-колония на Новознаменской даче должна служить для призрения спокойных, легко дисциплинируемых и преимущественно способных к труду, а также для алкоголиков, идиотов и эпилептиков.

Для осуществления этого плана, по исчислению больничной комиссии, требовалось на приведение в благоустроенное состояние больниц св. Николая Чудотворца и св. Пантелеймона 700 000 руб., а на устройство Новознаменской больницы 1 300 666 руб. Благоустройство первых двух еще и теперь, спустя 6 лет, остается делом будущего; на Новознаменской же даче устроены помещения на 750 чел., на что вместе с приобретением участка земли в количестве 182 десятин и израсходовано свыше 750 000 руб.

Итак, новая больница-колония функционирует до сих пор лишь наполовину, призревая только 750 чел. вместо предположенных 1500; зато в больнице св. Николая Чудотворца вместо 400 больных содержится ежедневно, в среднем с 1896 по 1900 год, 744, 836, 780, 781, 890 душевнобольных. 18 ноября 1901 года число призреваемых в этой больнице дошло до 973, не считая 75, содержавшихся в Екатерингофском отделении. В больнице св. Пантелеймона за последние же 5 лет вместо предположенных 600 призревалось в среднем 746, 745, 705, 693, 695 душевнобольных. Следовательно, в наихудшем положении оказалась самая важная по своим функциям больница св. Николая Чудотворца, вынужденная содержать число душевнобольных, превышающее допущенную норму более чем вдвое.

Неимоверная скученность поставила как больных, так и служащих в крайне тяжелые условия. Ряд несчастных случаев обратил на больницу св. Николая Чудотворца встревоженное внимание общества, печати и администрации. Чтобы избежать упрека в излишнем сгущение красок, я для характеристики положения душевнобольных в этой больнице ограничусь нижеследующей выдержкою из отчета городской больничной комиссии за 1898 год:

«Больнице св. Николая Чудотворца, некогда пользовавшейся доброю славой, создано весьма трудное положение: она постепенно приобретает известность, не в пользу ее говорящую. Когда родственники, горячо за-

интересованные в участи своего больного, спрашивают, что они могли бы сделать для улучшения его положения, приходится поневоле советовать им взять больного из больницы и поместить куда-либо в другое место.

И в самом деле, при наличности в больнице св. Николая Чудотворца 700 больных, по кубическому содержанию помещения больных, без каких бы то ни было усовершенствованных способов проветривания, каждый больной пользуется недостаточным количеством воздуха. В отделениях, где помещаются труднобольные, например, в лазарете, оно доходит до 1,50 и даже 1,25 куб. саженей в буйных отделениях, в комнатах дневного пребывания зачастую приходится менее 1 куб. саж. на каждого больного. В палатах, где больные и днем и ночью в постели, на одного больного приходится от 1,50 до 1,25 куб. саж. По недостатку мест для установки нужного числа кроватей больные на ночь располагаются на полу в столовых, в тех самых, в которых целый день оставалась масса больных и в которых утром надо пораньше поднять этих ночлежников для того, чтобы их помещение опять было занято на день, и где тут же подается чай. В изоляционных помещениях приходится нередко держать по двое больных. В таких случаях приходится или связывать больных, чтобы один другому не причинил какого-либо повреждения, или усыплять наркотическими, чтобы не лишать сна соседа, или, наконец, рисковать тем или другим и пробовать оставлять таких до поры до времени вместе. По недостатку же отдельных комнат приходится ночью больных, пришедших в возбуждение, перемещать в другую комнату, а там находящегося разбудить и положить где-либо на чужую кровать или на пол.

Если к этому прибавить, что в больницы на Новознаменской даче и Малоохтинскую, а также в Екатерингофское отделение переводятся из больницы св. Николая Чудотворца преимущественно спокойные душевнобольные, то станет ясным, что в больнице св. Николая Чудотворца контингент больных делается все более и более беспокойным. Тем более, что и больница св. Пантелеймона не приспособлена для самых трудных, крайне опасных больных, и не только не может принять из больницы св. Николая Чудотворца таких больных, но иногда сама переводит сюда больных, оказывающихся неудобными для дальнейшего в ней содержания. Трудность положения больницы св. Николая Чудотворца еще увеличивается наличностью арестантского отделения. Между испытуемыми и арестантами бывают симулянты и вообще такие лица, которые не подчиняются дисциплине таких мест, как Петербургская одиночная тюрьма или Петропавловская крепость, и которых направляют оттуда в больницу св. Николая Чудотворца в расчете, что здесь имеются все необходимые приспособления.

Конечным результатом всего этого является меньший % выздоровления, чем это было ранее, появление тяжелых осложнений, нанесение

взаимных побоев и различных повреждений, заразительно распространяющееся катаральное и крупозное воспаление легких; всякая инфекционная болезнь в больнице чуть не поголовно смертельная, в последнее время в больнице развился брюшной тиф, и смертность от него была огромная. Вообще смертность прямо-таки с того года (1890), когда последовало распоряжение о неограниченном приеме больных, заметно усилилась. Так, с 1885 до 1889 года % смертности колеблется между 7,9 и 9,9, а с 1890 по 1897 год включительно один только год был в 9,7 — все же время % смертности колеблется между 10,1 и 13,5. Если принять в соображение, что при прежнем ограниченном приеме больных за первый период времени было принято 3447 лиц, а за 2-й 10 696, то излишек в 1 или в 2, а то и более % смертности дает уже итог весьма значительный. Все это, подобно сгоревшему Шунянову или убитому Тараканову, жертвы настоящего неправильного положения больницы. Не удивительно поэтому, что при таких условиях пожар, убийство, самоубийство, побеги — все это находит себе место и без прямого виновника. Нужно видеть ли переутомленные усталые лица прислуги, надзирателей и надзирательниц, чтобы проникнуться сознанием степени их изнеможения и той безотрадности, в которую впали чуть ли не все служащие в больнице по уходу за душевнобольными».

К красноречивым строкам отчета остается прибавить немного.

Если в 1898 году в больнице св. Николая Чудотворца душевнобольным в числе 700 чел. уже не хватало воздуха, то легко себе представить, в каких условиях находятся ныне без малого 1000 призреваемых в этой больнице. Достаточно сказать, что более 200 душевнобольных, за отсутствием места и кроватей, там спят на полу. Крайнее переполнение больницы затрудняет выполнение лечебных мер; отсюда уменьшение числа выздоровлений. В то же время администрация больницы вынуждена с легким сердцем отдавать родственникам на попечение неизлеченных больных, лишь бы уменьшить скученность в больнице. Таким способом в течение последних 2 лет (1899–1900) отдано на попечение родных более 600 душевнобольных «без поправки». Многие из них, разумеется, через бо́льший или меньший промежуток времени возвращаются обратно в больницу уже в состоянии неизлечимости. Таким образом, дело призрения душевнобольных становится поистине сизифовой работой. На 100 выписанных в 1899 и 1900 гг. из больницы св. Николая Чудотворца приходится лишь 31,66 и 37,91 выбывших в состоянии выздоровления или значительного улучшения, тогда как в психиатрических больницах Берлина эта категория больных составляла в 1897–1898 гг. 54–58% всех выбывших, а Лондона (1897) — 56%. Из 100 пользованных в течение года больных в больнице св. Николая Чудотворца в 1899 и 1900 гг. умерли 12,4 и 10,6; в Берлине % смертности по отношению к общему числу пользованных равнялся 9, в Лондоне лишь 7,09.

Ужасное положение центральной городской лечебницы для душевнобольных объясняется, с одной стороны, усиленным приливом больных, с другой, отсутствием надлежаще организованной эвакуации.

Прилив больных обусловливается беспрепятственным приемом всех лиц, доставляемых с надлежащим медицинским свидетельством при содействии полиции. Из числа этих больных 15–20% составляют приезжие и иногородние, прожившие в Петербурге не более 2 лет. Уплата рублевого больничного сбора дает этим лицам право на бесплатное лечение и призрение в городских больницах; при этом содержание каждого призреваемого обходится городу по 250–300 руб. в год, а многие душевнобольные остаются на попечении городского управления Петербурга по нескольку лет. Отправка таких лиц на родину сопряжена со значительными затруднениями и расходами, да и далеко не всегда выполнима. Хотя в близком будущем петербургское губернское земство и собирается открыть психиатрическую лечебницу, для которой уже приобретен участок земли в Царскосельском уезде, однако это мало облегчит городские заведения: земская больница быстро наполнится, с одной стороны, душевнобольными, содержащимися на земский счет в больнице «Всех Скорбящих», с другой — душевнобольными из губернии. Таким образом, вопрос о дальнейшем расширении городских психиатрических заведений не сойдет с очереди, пока не будет обеспечен правильный отлив хроников из больницы св. Николая Чудотворца.

Эвакуация из этой больницы душевнобольных, перешедших в хроническое состояние, должна происходить, согласно действующей в городских психиатрических заведениях организации, в больницы св. Пантелеймона и Новознаменскую; кроме того, спокойные душевнобольные женщины могут быть переводимы в Малоохтинскую больницу и в Екатерингофское отделение.

По логике вещей, усиленный приток больных в центральную лечебницу должен был бы вызывать столь же усиленный отлив излишка во вспомогательные заведения. Именно эти последние, служащие для призрения хроников, должны бы, по-настоящему, оказаться чрезмерно переполненными; для Петербурга такое явление было бы тем более естественным, что $^{1}/_{3}$ всех поступающих в больницу св. Николая Чудотворца составляют хроники (см. отчет больницы за 1899 год); вообще хронические душевнобольные, призреваемые в этой лечебнице, составляют 65–70% всего ее состава.

Между тем психиатрические заведения для хроников оказываются, наоборот, в сравнительно выгодном положении: в больнице св. Пантелеймона, располагающей 670 штатными местами, число призреваемых за последние годы не превышает 700; в Новознаменской больнице средний суточный состав равен или даже ниже числа штатных мест; в Малоохтинской больнице, имеющей 235 мест, число больных никогда не заходит за 250. Относительно больницы св. Пантелеймона отчеты больничной комиссии

объясняют это явление неприспособленностью больницы к выполнению своей задачи полностью; но разве больница св. Николая Чудотворца, для которой комиссия требует 500 000 р., чтобы превратить ее в благоустроенную лечебницу на 400 кроватей, в настоящее время приспособлена для призрения 980 душевнобольных?

Очевидно, здесь кроется какое-то недоразумение: план распределения душевнобольных по городским заведениям предполагает существование больницы-колонии на 1500 хроников, каковой еще не существует; а между тем план уже действует, но с маленькой поправкой: эвакуация хроников из лечебницы для острых больных сведена почти на нет; отсюда невозможное переполнение больницы св. Николая Чудотворца со всеми его последствиями. Между тем эта больница, прежде всего, нужна населению, и печальное положение ее ложится тенью на городское самоуправление.

Но упрекать город в нерадении к делу призрения душевнобольных или в неуместной экономии было бы несправедливо. Приняв в 1884 году от бывшего Попечительного совета единственную психиатрическую больницу св. Николая Чудотворца, городское управление располагало лишь 300 местами для душевнобольных; вскоре городу пришлось взять на свое попечение больных горожан, призревавшихся различными ведомствами, и уже через год на городской счет содержалось около 1200 душевнобольных. В 1900 году число мест достигло 2176 (по счету больничной комиссии 2335), т. е. увеличилось более чем в 7 раз. Наконец, открытая несколько лет тому назад Новознаменская больница, устроенная согласно современным требованиям, является образцовым психиатрическим заведением. Ежегодный расход города на содержание душевнобольных за последние 10 лет увеличился более чем вдвое: в 1890 году — 325 572 руб., в 1900 — 737 766 руб. Всего за последние 11 лет городом израсходовано на психиатрические больницы более 1,5 миллионов рублей, не считая стоимости содержания душевнобольных в городской богадельне. Как по абсолютному, так и по относительному числу душевнобольных, находящихся на общественном попечении, Петербург занимает 1-е место в России; считая на 10 000 городских жителей 30 душевнобольных (норма, принимаемая статистикой), мы видим, что Петербург призревает 60% всех душевнобольных, числящихся в населении; в Москве в городских психиатрических заведениях содержится 37%, а в земских губерниях всего только 7% всех душевнобольных[7].

И тем не менее, целая тысяча душевнобольных, в том числе острые, дающие наибольший % выздоровлений, а потому требующие особого внимания, находятся в больнице св. Николая Чудотворца в совершенно недопустимой обстановке, что печатно удостоверяется самою больничной комиссией.

[7] В земских губерниях мы принимаем, вместе с В. И. Яковенко, 21 душевнобольного на 10 000 жителей.

Немногим лучше положение душевнобольных в городской больнице св. Пантелеймона. Д-р Г. И. Архангельский еще в 1884 году требовал на приведение ее в благоустроенный вид от 75 000 до 150 000 руб., так как большинство деревянных зданий пришло в ветхость. Этой суммы отпущено не было, и больница до настоящего времени пробавлялась мелким ремонтом. Д-р П. О. Смоленский, составивший в 1888 году по поручению городского управления описание этой больницы, нашел, что в ней в 1888 году надлежащим образом разместить можно было не более 350 больных; при этом было поставлено сравнительно скромное требование, чтобы воздуха приходилось по 3 куб. саж. на больного, а на неопрятных и изолируемых по 4 куб. саж. При таком расчете в настоящее время в больнице св. Пантелеймона, принимая во внимание состав ее больных (40% беспокойных, неопрятных и слабых), могло бы призреваться лишь 450 человек, а призревается 700. Первоначально эта больница, как впоследствии Новознаменская, предназначалась для содержания спокойных, отчасти трудоспособных хроников; эти больницы должны были сохранить богадельный тип и обходиться сравнительно дешево. Д-р Архангельский определял, например, приблизительную стоимость содержания больного в больнице св. Пантелеймона в 120–130 руб. в год. О. А. Чечотт, проектируя еще в 1888 году устройство больницы-колонии, рассчитывал, что там больной будет обходиться городу по 100 руб. в год. В действительности за последние 5 лет содержание больного колебалось в больнице св. Пантелеймона между 200 и 265 руб., а в Новознаменской больнице-колонии между 220 и 300 руб. в год.

Следовательно, организация городом призрения хроников в настоящем виде не выполнила 2 главных своих задач: она, во-первых, совершенно не обеспечивала эвакуацию затяжных и неизлечимых душевнобольных из больницы св. Николая Чудотворца и, во-вторых, не дала никакой ощутительной экономии.

Весною будущего года предположено приступить к постройке в Новознаменской больнице новых зданий на 750 чел.; следовательно, город в 1904 году примерно будет иметь, наконец, в своем распоряжении необходимые ему (по «плану» 1895 года) 2500 мест в 3 психиатрических заведениях. Между тем среднесуточный состав душевнобольных в городских учреждениях, безостановочно возрастая из года в год, уже достиг в 1900 году 2649. При этом население городских психиатрических заведений увеличивается ежегодно на 100–120 чел. По произведенным мною вычислениям[8], этот рост с 1896 года обусловливается исключительно увеличением населения в столице, а отнюдь не возрастанием заболеваемости: с тех пор (т. е. с 1891 года) как со стороны больницы св. Николая Чудотворца отказа

[8] Исходной величиной послужили данные переписи 1900 г.; население отдельных годов вычислено вычитанием ежегодного прироста, составляющего за последние 10 лет 3,92% для Петербурга с пригородами.

в приеме душевнобольных почти не бывает, относительное число ежегодных поступлений колеблется между 10,22 и 13,55 на 10 000 жителей, прогрессивного возрастания не наблюдается, maximum приходится на 1894 год, за последние же 2 года поступало менее 12 на каждые 10 000 населения. В то же время число занятых кроватей в психиатрических заведениях, возрастая абсолютно на 100–120 в год, является по отношению к численности городского населения (включая и пригородные местности) величиною весьма постоянною. За первое пятилетие действия приказа генерала Грессера (о беспрепятственном приеме всех душевнобольных в городские заведения) средний суточный состав возрастал не только абсолютно, но и относительно; в 1891–1895 гг. в городских психиатрических заведениях содержалось в среднем 15,29–16,05–16,28–16,59–17,23 душевнобольных на каждые 10 000 жителей. За последние пять лет беспрепятственное помещение душевнобольных стало в Петербурге уже нормальным явлением, и относительное число находящихся на городском попечении душевнобольных составляет неизменно несколько более 18 на 10 000 жителей (1896 год — 8,03; 1891 — 18,28; 1898 — 18,55; 1899 — 18,42; 1900 — 18,41).

Следовательно, прирост состава городских психиатрических заведений идет рука об руку с приростом населения и составляет около 4% в год[9], а потому позволительно утверждать, что в 1904 году, когда Новознаменская больница будет устроена окончательно на 1500 чел., на попечении города будет находиться уже 3100 больных, т. е. 600 человек все-таки будут находиться вне благоустроенных психиатрических заведений (допустив, что к этому времени старые городские больницы будут преобразованы согласно предположениям больничной комиссии).

Из всех этих соображений вытекает, что принятый городом план призрения душевнобольных в той формулировке, которая ему была дана в 1895 году, не отвечает требованиям времени и нуждается в пересмотре, в особенности в отношении способа призрения хроников.

Не один Петербург переживает тяжелый кризис вследствие переполнения психиатрических заведений хрониками. В таком же положении находится и Москва; то же самое наблюдалось и в западных столицах, как только двери больниц широко раскрылись для всех душевнобольных, нуждающихся в призрении. Вновь открываемые психиатрические заведения быстро наполнялись и переполнялись сверх штата; общее число хроников, вследствие значительного % неизлечимых и сравнительно долгой продолжительности жизни большинства душевнобольных, нарастало безостановочно. Лишь сравнительно недавно на Западе пришли к сознанию, что все душевнобольные хроники не могут быть размещены в больницах, да многие вовсе и не нуждаются в больничном режиме. Дело в том, что при сво-

[9] Ежегодный прирост числа призреваемых в земских психиатрических заведениях составляет около 5%.

бодном доступе душевнобольных в заведения, существующем уже более 10 лет и у нас, в Петербурге, в больницы попадают не только наиболее тяжелые и опасные больные, но и огромное множество таких, которые совершенно спокойны и безвредны; кроме того, из 1-й категории немало больных, по истечении острого периода болезни, становятся неизлечимо слабоумными и переходят в разряд безобидных хроников. Накопляясь сотнями в больницах, эти хроники затрудняют лечение острых больных и ослабляют уход и надзор за тяжелыми хрониками, опасными как для себя, так и для окружающих. Помещенные в особые заведения, по типу богаделен или колониальных лечебниц, спокойные хроники, зачастую без всякой пользы для себя, ложатся тяжелым бременем на бюджет общины: содержание их в психиатрических заведениях, как показал между прочим опыт Новознаменской больницы, обходится почти не дешевле содержания острых больных; кроме того, постоянно нарастающий состав их вызывает периодически миллионные затраты на возведение новых больниц. Петербург, напр., должен был бы в будущем возводить через каждые 5 лет по больнице на 600 душевнобольных хроников.

Единственный выход из этого положения — отдача безопасных хроников за умеренную плату от города на содержание в их собственные или чужие семьи.

Семейное призрение душевнобольных (patronage familial), существующее в Бельгии, в местечке Gheel, близ Антверпена, уже более 1000 лет, было в 60-х годах прошлого столетия введено в широких размерах в Шотландии. В Германии отдача спокойных душевнобольных на содержание в крестьянские семьи, получив более значительное распространение с 1880 года, в настоящее время является весьма распространенною мерою призрения душевнобольных из сельского населения. Первый опыт применения семейного патронажа к городским душевнобольным был сделан в Берлине в 1883 году; из отчета Берлинского магистрата видно, что 01.04.1899 за плату от города и под надзором городских психиатров призревались на свободе частью в чужих семьях, частью в своих 344 душевнобольных. В Париже, под влиянием действующего с 1838 года закона о душевнобольных, в котором проведен совершенно не оправдавшийся взгляд на чрезвычайную опасность душевнобольных для населения, общественное мнение очень долго относилось крайне враждебно к попыткам введения семейного патронажа. Однако нарастание состава хроников в психиатрических заведениях Парижа, с одной стороны, удовлетворительные результаты, полученные соседними государствами (Бельгией и Германией), с другой, поколебали вековой предрассудок. Осенью 1892 года была сделана 1-я попытка: 8 душевнобольных женщин из больницы St.-Anne были отвезены в городок Dun-sur-Auron департамента Cher, находящийся в 8 часах езды от Парижа, и размещены в семьи мелких торговцев. В марте 1899 года, спустя 6 лет, в Dun-sur-Auron и соседних местечках находилось уже в семейном патро-

наже более 700 больных, главным образом женщин; но соседству, в Ainay le Chateau, устраивается патронаж и для мужчин.

При надлежащем выборе больных из числа хорошо изученных и достаточно выдержанных хроников семейный патронаж никакой опасности для населения не представляет. Число несчастных случаев ничтожно; число проступков и преступлений, совершаемых находящимися в семейном призрении больными, ниже преступности здорового населения. Не оказывают призреваемые больные и никакого дурного нравственного влияния на население, что вполне подтвердилось статистикою Gheel'я: там 1 душевнобольной приходится на 6 здоровых жителей; семейный патронаж практикуется там сотни лет, и между тем число душевных заболеваний и количество идиотов среди коренного населения ничуть не выше, чем в соседних местах, не призревающих у себя душевнобольных.

Наконец, говоря о русских условиях, необходимо иметь в виду, что как показали результаты поголовной переписи душевнобольных в некоторых губерниях, число душевнобольных в России, во всяком случае, более 200 000. Из них в заведениях содержится около 15 000, остальные на свободе. Вследствие отсутствия во многих местах России психиатрических больниц и переполнения наличных заведений эти 200 000 душевнобольных еще десятки лет будут оставаться среди населения; многие из них совершат тяжелые преступления и тогда только наверно попадут в больницы или тюрьмы. Вот кого следует опасаться. Бояться же нескольких сотен, скажем, даже тысяч больных, которые будут отданы на попечение населению после тщательного изучения их врачами-специалистами, нет решительно никакого основания. Напротив, следует стремиться к тому, чтобы все находящиеся в населении душевнобольные прошли через психиатрические заведения: безвредные хроники будут возвращены в население обратно, больные же со свежими душевными заболеваниями, излечимые, а также опасные хроники задержаны в больницах.

Тщательный выбор хозяев-кормильцев (nourriciers), установление надлежащего надзора за добросовестным исполнением взятых ими на себя обязанностей оказывается, как показал опыт, достаточною гарантией приличного содержания душевнобольных. Наконец, устройство врачебного присмотра в той или иной форме, являющееся необходимым условием благоустроенного патронажа, дает возможность продолжать над призреваемыми в семьях психиатрическое наблюдение и, в случае наступления каких-либо перемен в состоянии больного, переводить его обратно в больницу или принимать необходимые врачебные меры. В помощь врачебному персоналу обыкновенно состоят еще особые надзиратели, имеющие более близкое наблюдение за больными, доверяющие хозяевам. И за всем тем повсюду содержание больного в семейном патронаже обходится значительно дешевле больничного призрения.

Имея важное экономическое значение, заключающееся в возможности освобождения мест в переполненных больницах без затрат на возведение новых зданий, а также в значительном удешевлении содержания призреваемых, семейный патронаж представляет собою еще и серьезную лечебную меру. Все авторы, писавшие о семейном призрении на основании собственного врачебного опыта, с редким единодушием утверждают, что на многих душевнобольных, производивших в заведении впечатление окончательно отупевших, не доступных более никакому воспитательному воздействию, перемещение в среду здоровых людей с нормальными укладом жизни оказывает самое благотворное влияние: у больных пробуждается интерес к окружающему, является желание принять участие в общей работе; словом, остатки умственных способностей, казавшиеся совершенно утраченными в искусственной больничной обстановке, оживают от нахлынувших на больного бодрящих впечатлений жизни здоровых.

У нас нередко приходится встречаться с предвзятым мнением, будто в России семейное призрение душевнобольных невозможно вследствие некультурности и бедности населения. Между тем, первый почин, сделанный в 1886 году д-ром Н. Н. Баженовым в селе Никуличах, близ Рязанской психиатрической больницы, оказался вполне удачным; к сожалению, принципиальные противники этой формы призрения душевнобольных добились через 2 года закрытия 1-го русского патронажа, не имея в своем распоряжении ни одного фактического довода против него.

На 1 съезде отечественных психиатров в Москве в 1887 году горячим защитником семейного призрения выступил покойный проф. С. С. Корсаков. В только что вышедшем посмертном издании его превосходного курса душевных болезней тщательно разработаны все частности этой меры. На московском съезде в пользу семейного патронажа высказался также д-р В. Г. Дехтярев, которому впоследствии пришлось принимать близкое участие в деле призрения душевнобольных в Петербурге в качестве члена Больничной комиссии. Кроме д-ра Н. Н. Баженова, устроившего позже семейное призрение под Москвой и недавно — в Воронежской губ., практические опыты введения семейного патронажа в России были произведены докторами А. А. Говсевым, П. П. Кащенко и В. Р. Буцке. В Московской, Екатеринославской, Воронежской и Нижегородской губерниях опыты отдачи больных в крестьянские семьи при врачебном надзоре вообще дали благоприятные результаты.

В Петербурге О. А. Чечотт, проектируя еще в 1888 году устройство психиатрической колонии для хроников, предлагал в числе мер для освобождения мест в переполненных больницах отдачу больных на содержание соседним крестьянам. Л. Ф. Рагозин, отзываясь с похвалою о рязанском опыте д-ра Баженова, писал в 1887 году: «Не подлежит никакому сомнению, что сказанный вид призрения есть почти идеальный по своей дешевизне и почти беспредельный по числу больных, которые таким образом могли бы

быть призреваемы. Возражения с точки зрения врачебной, гуманитарной, антропологической, который были сделаны против этого вида призрения, не выдерживают и слабой критики». Наконец, семейный патронаж получил у нас недавно и высокую законодательную санкцию: когда Владимирское губернское по земским и городским делам присутствие отменило постановление губернского земства об учреждении семейного патронажа, то Сенат, рассмотрев жалобу земства, согласился с последним и отменил указом от 12 мая 1897 года за № 5978 постановление Владимирского присутствия.

Таким образом, семейный патронаж душевнобольных, сделавшийся на Западе уже совершенно полноправным способом содержания душевнобольных, в настоящее время едва ли встретит и у нас среди компетентных лиц принципиальных противников. Практическое же осуществление этой меры должно, разумеется, производиться весьма постепенно, а частности этой системы должны видоизменяться применительно к местным условиям.

Под Москвою, например, где семейное призрение было устроено д-ром Баженовым в 1892 году первоначально в подгородном селе Семеновском, в настоящее время, как мне писал директор московской Алексеевской больницы д-р В. Р. Буцке, призревается в деревнях 83 душевнобольных мужчин и женщин всех возрастов и сословий, из бывших больных Алексеевской больницы. Этому примеру собирается последовать и администрация Преображенской больницы в Москве. Алексеевская больница давно уже применяет особый вид семейного призрения, впервые введенный в Берлине, т. наз. условную выписку: отпущенный к родственникам больной остается под наблюдением врачей больницы и, в случае ухудшения болезни, принимается беспрепятственно обратно в больницу во всякое время. Некоторым родственникам, затрудняющимся взять своего больного из больницы по материальной недостаточности, выдается из сметных сумм больницы пособие (до 20 руб. в месяц); больной в таком случае находится под надзором не только врачей больницы, но и местных попечительств о бедных. Городом приглашен особый врач для заведывания семейным призрением с окладом в 1800 руб. (кроме того, он получает 800 руб. квартирных и разъездных); он же состоит старшим врачом отделения хронических душевнобольных, сохраняя, таким образом, связь с больницею и участвуя в выборе больных для патронажа. «Нынче осенью, — пишет д-р В. Р. Буцке, — мы основали в своем деревенском патронаже приемный покой, построили баню, провели телефон и хотим устроить для больных и для их кормильцев занятия (корзиночным ремеслом) на зимние месяцы». В этих строках заключается уже целая программа, из которой многое с успехом может найти осуществление и у нас. Добавлю, что в Москве, по почину д-ра В. Р. Буцке и при содействии Общества невропатологов и психиатров, выработаны минувшею весною общие основания для устройства городского патронажа (наряду с содержанием душевнобольных в деревенских семьях).

У нас в Петербурге организация семейного патронажа стала ныне насущным делом. Помимо него у нас нет других способов для быстрого освобождения мест в переполненных больницах, для предупреждения дальнейшего скопления хроников в психиатрических заведениях. Нельзя поэтому не приветствовать следующего предложения, высказанного в целях упорядочения больничного дела городскою Ревизионною комиссией 1898 года[10]: «Необходимо сделать опыт передачи больных умалишенных спокойного типа (как то уже и сделано в некоторых местах России), не требующих за собою постоянного наблюдения врача, на присмотр и содержание, за известное небольшое вознаграждение, в деревни на поруки благонадежным домохозяевам, оставив за собою надзор за этими больными».

Из возражений, высказанных по поводу вышеприведенного предложения Ревизионной комиссии, наиболее веским, на первый взгляд, кажется мнение, будто среди призреваемых в городских психиатрических заведениях не наберется достаточного числа душевнобольных, пригодных для семейного призрения[11]. Если это так, то новая мера не окажет, конечно, заметного влияния на положение душевнобольных в Петербурге.

Состав душевнобольных в петербургских больницах ныне далеко не тот, каким он был еще 10 лет назад; в то время, действительно, нельзя было ожидать ощутительной пользы от введения семейного патронажа — и вот почему: в больницу св. Николая принимались преимущественно трудные и опасные больные, вследствие чего % спокойных хроников нарастал очень медленно. Но с тех пор, как в городские больницы стали приниматься беспрепятственно все доставляемые душевнобольные, среди них стали поступать в значительном числе и спокойные хроники, которые и начали скопляться в больницах, а в настоящее время составляют уже в них значительный процент. Наибольшее число таких больных должно было накопиться, понятно, в Новознаменской больнице, куда они постепенно переводились из больницы св. Николая. И я утверждаю, что город сейчас содержит в Новознаменской больнице несколько сот хронических душевнобольных, которые вполне успешно могли бы призреваться в семьях, предоставив больничные места острым душевнобольным, а также трудным для ухода и опасным хроникам.

Чтобы не быть голословным, сошлюсь на весьма обстоятельные отчеты главного врача упомянутой больницы д-ра Н. Н. Реформатского. Оказывается, что в Новознаменской больнице из общего числа призреваемых наблюдалось: хорошее и посредственное состояние умственных способностей у 50% (1898) и у 45,2% (1899); ясное сознание у 30,6% и у 23,2%; отсутствие гал-

---

[10] Комиссию составляли: председатель Б. В. Комаров и члены А. Н. Брусницын, М. Н. Бенуа, А. И. Ковшаров, Я. С. Менков, Е. В. Остолопов, К. С. Строганов и секретарь Г. В. Юргенс.

[11] См. «Известия С.-Петербургской городской Думы». 1900. № 42. Стр. 2063.

люцинаций у 41,2% и у 50,1%; отсутствие бредовых идей у 40,2% и у 36,9%; ровное или безразличное настроение у 55,5% и у 61,6%; ни разу не отмечено возбуждение у 35,8% и 30,1%; возбуждение не чаще одного раза в месяц (сюда вошли и простые ссоры с больными) у 42,8% и у 44,8%; не проявляли агрессивных наклонностей 60,7% и 51,9%; не обнаруживали неопрятности 81,3% и 73%. К этому надо добавить, что удовлетворительное телесное состояние («хорошее и среднее физическое состояние») представляли 87,8% и 86,1%; хорошо спали 69,5% и 52,4%; принимали участие в работах из мужчин 53,4% и 60,4%, из женщин 75,7% и 80,0%. Этот ряд беспристрастных цифр[12], являющихся результатом тщательного изо дня в день врачебного наблюдения, с полной убедительностью доказывает, что из содержащихся на городской счет в Новознаменской больнице душевнобольных не менее 50% могли бы призреваться в семьях при наличности некоторого врачебного наблюдения. Но если допустить даже, что для семейного патронажа, при осторожном выборе, удастся выделить лишь 40%, то в таком случае из Новознаменской больницы можно в течение одного сезона вывести 300 человек, а это равносильно открытию новых помещений на таковое же число больных. Между тем, если отказаться от семейного патронажа, то эти помещения придется строить, на что потребуется около 300 000 рублей.

Далее, в больнице св. Пантелеймона, как мне хорошо известно по личным наблюдениям, возможно выделить не менее 100 душевнобольных, вполне пригодных для семейного призрения. В больнице св. Николая, лишенной возможности переводить всех подходящих больных в Новознаменскую больницу (за неимением мест в последней), точно так же за последние два года накопилось не менее 200 совершенно безопасных и спокойных хроников. Душевнобольные женщины, вполне подходящие для семейного призрения, содержатся в значительном числе в Малоохтинской больнице и Екатерингофском отделении.

Таким образом, если исключить из этой категории заведомых алкоголиков, не годящихся для семейного патронажа, и молодых женщин, также неподходящих для отдачи в чужие семьи (в виду возможности злоупотребления их молодостью), все же можно из нынешнего состава призреваемых в городских психиатрических заведениях передать постепенно на семейное призрение около 600 человек. Их следует разместить отчасти в городе и пригородной местности, отчасти в деревнях, сообразуясь с особенностями и наклонностями больных и с наличностью свободных мест в семьях.

Впоследствии, когда семейное призрение прочно установится, достаточно будет переводить ежегодно по тысяче человек в патронаж, чтобы способствовать сохранению равновесия между приливом и отливом больных в городских психиатрических заведениях.

---

[12] Данные только что вышедшего отчета Новознаменской больницы за 1900 г. мало отличаются от вышеприведенных.

Деятельную помощь городскому общественному управлению в устройстве и последовательном расширении семейного призрения могло бы оказать петербургское Общество попечения о душевнобольных, обязанное между прочим, согласно уставу, «иметь попечение о душевнобольных и содействовать призрению их вне заведений и в частности в своих и чужих семьях» (§ 1, б), «бедных и бесприютных душевнобольных помещать за плату в чужие семьи» (§ 2, е).

Главное заведование семейным патронажем должно принадлежать городскому управлению. Семейное призрение должно составлять одно органическое целое с городскими психиатрическими заведениями. Весьма целесообразно было бы учредить при больничной комиссии особый психиатрический совет для управления всем делом призрения душевнобольных в столице, как было предложено в Москве[13].

Участие Общества попечения о душевнобольных могло бы выразиться в отыскании подходящих семейств, готовых взять для призрения за соответствующее скромное вознаграждение 1–2 душевнобольных; далее — в наблюдении через особых участковых попечителей за семьями, призревающими у себя своих душевнобольных родственников с пособием от города; в надзоре за профессиональными хозяевами-кормильцами; наконец, среди членов Общества могут оказаться лица, проникнутые стремлением оказать страждущим ближним более деятельную помощь: таким лицам город мог бы поручить призрение больных (не более 3 на одну семью), покрывая расходы на содержание больного в пределах сметы.

Врачебный надзор за находящимся в семейном призрении больными должен быть поручен одному или нескольким психиатрам. Врачебному персоналу непосредственно должны быть подчинены хозяева-кормильцы во всем, что касается содержания больного и ухода за ним. Первую врачебную помощь душевнобольным при общих заболеваниях оказывает — в черте города — ближайший думский врач. В деревнях ближайшим помощником психиатра, обязанным посещать каждого призреваемого не менее 2 раз в месяц, является земский врач. В общем желательно деревенский патронаж учредить при содействии земства; оно должно принимать участие в этом деле, как в интересах крестьян-хозяев, так и в особенности в интересах

---

[13] Согласно докладу комиссии, избранной московским Обществом невропатологов, психиатрический совет при городской управе имеет задачу: объединения всего дела попечения о душевнобольных города Москвы, разработку общих вопросов, разрешение возможных затруднений и недоразумений и, наконец, представление заключений по всем относящимся к этому делу вопросам со стороны городской управы. В состав совета должны войти все главные врачи психиатрических больниц, принадлежащих городу, все патронажные врачи, по одному ординатору из каждой больницы, по выбору конференции больничных врачей и врач, заведующий центральным полицейским приемным покоем для душевнобольных.

больных, среди которых числится немало земских плательщиков. Со временем и Петербургское земство, когда его будущая лечебница окажется переполненной, без сомнения, будет вынуждено отдавать спокойных хроников в семьи, а потому тем более желательно, чтобы город и земство с первых же шагов на этом поприще шли рука об руку.

В пригородных местностях, особенно в Лесном участке, имеются довольно благоприятные условия для устройства патронажа. В местности близ станции Удельной во многих семьях уже содержаться душевнобольные, большею частью члены той же семьи, выписанные из больницы св. Пантелеймона или Дома призрении Александра III. Далее, очень подходящею средою для устройства семейного призрения являются поселения немцев-колонистов, отличающихся трудолюбием, трезвостью и сравнительной культурностью. Кроме того, в стороне от больших дорог в Петербургском уезде найдется немало деревень, куда можно было бы успешно направлять душевнобольных, подготовив, разумеется, почву для этой меры.

Почти повсюду, где вводился способ отдачи душевнобольных на содержание в семьи, эта мера первоначально встречала некоторый протест среди населения, в особенности со стороны зажиточных крестьян; в городах же, несмотря на скученность, каждая семья живет более обособленной жизнью, население не относилось [отрицательно] к попыткам массового призрения душевнобольных в семьях. Впрочем, обыкновенно и сельское население, убедившись на нескольких примерах в полной безвредности призреваемых душевнобольных и их способности к некоторой работе и выгодности содержания таких исправно платящих и в сущности хорошо дисциплинированных нахлебников, начинает всячески стремиться получить их к себе. Поэтому при первых шагах не следует смущаться уклончивым, подчас даже враждебным отношением большинства населения к семейному патронажу. Очень скоро взгляд на дело меняется, и впоследствии, как свидетельствуют большинство устроителей семейного призрения, предложение мест для больных в семьях значительно превышает спрос со стороны больничной администрации. Весьма подходящей средой для семейного призрения являются семьи бывших больничных служителей и сиделок, разумеется, оставивших в свое время службу с хорошей аттестацией. В некоторых местах Германии директора психиатрических заведений поощряют браки между служителями и сиделками; последние, переменив службу на занятие хозяйством или ремеслом, селятся по соседству с больницей и берут к себе за умеренную плату на полное содержание спокойных душевнобольных хроников.

В Петербурге выселение хроников из психиатрических заведений можно было осуществить в следующих формах:

1. Помещение душевнобольных в собственные их семьи с выдачей последним ежемесячного пособия из городских сумм на содержание

больного. Эта мера применяется в Москве, а также в некоторых других земствах (Московском, Уфимском, Смоленском и других).

2. Отдача душевнобольных за плату в чужие семьи в черте города и пригородных местностях. Нет надобности ограничиваться собственно столицей: быть может, удастся создать целесообразный патронаж и в других городах губернии с более тихим складом жизни (Луге, Ямбурге, Ораниенбауме и других). Нижегородское земство устроило семейное призрение в городе Балахне.
3. Отдача душевнобольных в крестьянские семьи в деревни, не слишком отдаленные от Петербурга и в то же время находящиеся, по возможности, в стороне от больших дорог. Для деревенского патронажа подходят прежде всего душевнобольные из крестьян, но и лица других сословий нередко хорошо уживаются в деревенской обстановке.

Стоимость содержания больных в семьях, как уже было упомянуто, всегда обходится дешевле больничного содержания. Но если даже допустить, что устройство семейного призрения на широкую ногу даст очень небольшую экономию городу, все же выгода получится несомненная: при отсутствии патронажа приходится затрачивать большие суммы на сооружение больничных помещений (в среднем устройство одного больничного места обходится в 1000 руб.); следовательно, каждый выведенный в патронаж означает обретение городом одного больничного места стоимостью 1000 руб. Кроме того, известная экономия во всяком случае получится и на расходе на содержание больного. Так, по приблизительному расчету, стоимость содержания 500 душевнобольных в семейном патронаже обойдется городу в 93 000 руб. в год. При этом же средняя плата хозяину положена 140 руб., на починку одежду, обуви и белья положено 20 руб. в год (средняя величина за последние 5 лет в городских больницах 15 руб. 32 коп.), предусмотрен достаточный врачебный и надзирательский персонал с приличными окладами и прочее[14]. При такой постановке дела рядовое содержание больного в патронаже обойдется в среднем в 186 рублей в год, тогда как содержание больного в городских психиатрических заведениях в среднем за последние 2 года стоило по 282 руб., то есть обошлось на 52% дороже. Средняя стоимость содержания душевнобольного в городских заведениях, вычисленная за последнее десятилетие (1891–1900), равняется 233 руб., следовательно, при таком сравнении получится экономии на 25%. Словом, в 1900 году содержание 500 безобидных душевнобольных хроников стоило

[14] Плата хозяевам составит 70 000 руб. На одежду, обувь, белье, постели 10 000 руб., содержание врачебного персонала 6120 рублей (старшему врачу патронажа — 2400 руб. жалования и 600 руб. квартирных, двум младшим врачам по 1200 руб. и по 360 квартирных), содержание 5 надзирателей 2340 руб. (по 360 руб. в год жалования и по 90 руб. в год квартирных), разъезды врачей и помощь (через ближайших врачей) и лекарства — 750 руб., на непредвиденные и мелкие расходы 890 руб., — итого 93 000 руб.

городу 140 500 руб., тогда как те же 500 человек при семейном патронаже обошлись бы лишь в 93 000 руб.

Однако при всем том и после введения семейного призрения расходы города по содержанию душевнобольных будут расти, хотя и при несколько ослабленной прогрессии. В особенности форма призрения, приведенная выше в п. 1, вызовет новый расход: многие семьи, содержащие теперь у себя дома безобидных душевнобольных или идиотов и не помышляющие об отдаче их в больницу, станут помещать своих больных в городские больницы, чтобы потом взять больного обратно уже с пособием от города. Поэтому пособие родным придется выдавать крайне осмотрительно. Со временем городу придется все же расширять и больницы, имея в то же время несколько сот больных в семейном призрении.

Так как затруднять прием больных в городские заведения было бы и не гуманно, и нецелесообразно, то городу придется пропорционально увеличению численного состава населения увеличить и расходы на больничное дело. Каждые новые 10 000 жителей дадут в городских психиатрических заведениях прирост больных на 18 человек: содержание такого прироста обойдется городу по 5000 рублей в год: следовательно, каждый житель должен вносить по 50 коп. в год на покрытие лишних расходов по призрению душевнобольных. Ясно, что рублевого больничного сбора не может хватить на содержание всех больничных учреждений города; сбор этот должен быть увеличен, и к уплате его должны быть привлечены все классы населения.

Допустим теперь, что 600 хроников из городских психиатрических заведений отданы в семейное призрение. Как поступят с остальными больными? Прежде всего — куда помещать дальнейшее наслоение хроников из больницы св. Николая?

Все психиатры согласны в том, что наилучший способ призрения хроников — трудовой режим; из всех видов труда наиболее гигиеничным и полезным, в частности, для психики является физический труд на воздухе. Широкая организация полевых и огородных работ летом, разных наружных работ зимою возможна лишь в Новознаменской больнице-колонии, обладающей участком земли в 182 десятины. Сюда по преимуществу и должны переводиться больные из больницы св. Николая — хроники, как спокойные и трудоспособные, так и беспокойные и опасные, для которых труд необходим еще в большей степени; для последних придется построить соответственно приспособленные здания. Переводить буйных и тяжелых для ухода душевнобольных хроников в больницу св. Пантелеймона едва ли целесообразно, так как в этой больнице не имеется надлежащим образом устроенных помещений, ни такого количества земли, какое необходимо для правильной постановки работ. Последние годы из больницы св. Николая буйные хроники почти уже не переводятся в Пантелеймоновскую больни-

цу, но остаются в городской лечебнице, крайне затрудняя в ней правильный ход дела.

Хроники слабые и неопрятные, в ограниченном числе, могут и теперь переводиться из больницы св. Николая в больницу св. Пантелеймона. В последней по выселению излишка больных следовало бы построить два небольших павильона для приема вновь поступающих больных из пригородных местностей и заречных частей города. Таких больных в 1899 году, например, было принято больницей св. Николая около 250. Было бы целесообразно пользоваться больницей св. Пантелеймона, находящейся близ самого города и снабженной достаточным врачебным и надзирательским персоналом, между прочим и для приема больных, что в некоторой степени облегчило бы функции больницы св. Николая Чудотворца.

В Новознаменской больнице, следовательно, должны сосредоточиться почти все хроники. Здесь они сортируются, причем из числа спокойных и безопасных подбирается ежегодно надежный кадр для перевода в семейный патронаж. Старший патронажный врач должен числиться в составе персонала этой больницы и возможно чаще навещать ее, знакомясь лично с кандидатами для перевода в семейное призрение.

Начать всю реорганизацию следует, разумеется, с отыскания мест для устройства патронажа. С этою целью город должен послать в разные места врачей-психиатров, интересующихся делом семейного призрения. Общество попечения о душевнобольных, со своей стороны, без сомнения, примет меры к возбуждению в населении интереса к этому делу. С этой целью Общество могло бы разбить Петербург и его окрестности на участки и назначить особых участковых попечителей для содействия семейному призрению душевнобольных. Названное Общество, кроме того, могло бы устроить общежитие или дом трудолюбия как для выздоровевших душевнобольных до приискания им занятий, так и для спокойных, трудоспособных хроников. Нужно надеяться, что в таком благом деле Обществу придет на помощь, с одной стороны, городское управление, с другой — Попечительство о домах трудолюбия.

Итак, в целях улучшения положения душевнобольных в Петербурге необходимо коренное переустройство старых и плохо приспособленных больниц св. Николая Чудотворца и св. Пантелеймона. Это давно уже осознано органами городского управления и, нужно надеяться, будет со временем исполнено. Однако, не ожидая возведения новых больничных зданий, можно и должно теперь же устроить постоянно действующее выселение хроников из центральной городской лечебницы для душевнобольных. Самою подходящею мерою является устройство семейного призрения спокойных и безопасных душевнобольных хроников в городе, пригородах и более отдаленных городских и деревенских поселениях губернии. Эта мера должна быть выполнена Петербургским городским общественным

управлением при содействии Петербургского земства и Общества попечения о душевнобольных.

Источники

1. Отчеты Петербургской городской больничной комиссии за 1890–1900 гг.

2. Отчеты Петербургской городской больницы св. Николая Чудотворца за 1890–1900 гг.

3. Доклад Ревизионной комиссии по отчету Городской управы за 1898 г.

4. Предварительные данные о числе жителей Петербурга и его пригородов по переписи 15 декабря 1900 г.

5. Отчеты по городской больнице-колонии для душевнобольных на Новознаменской даче за 1895–1899 гг.

6. Доклад комиссии Общества невропатологов и психиатров при Московском университете по вопросу об организации призрения душевнобольных в Москве.

7. *Баженов*. О призрении и лечении душевнобольных в земствах и в частности о новой Рязанской психиатрической больнице // Труды I Съезда отечественных психиатров. — Петербург, 1887.

8. *Он же*. Об организации призрения душевнобольных в Петербурге. — Петербург, 1896. Прения по поводу этого доклада см. в протоколах Общества психиатров в Петербурге за 1895 г. — С. 68.

9. *Он же*. Доклад о Воронежской земской психиатрической больнице, с приложением устава больницы и объяснительной к нему записки. — Воронеж, 1899.

10. *Бруханский*. Семейное призрение душевнобольных. — Киев, 1900.

11. *Буцке*. Правовые условия призрения душевнобольных // Труды I съезда отечественных психиатров. — Петербург, 1887.

12. *Он же*. Докладная записка в Московскую Городскую управу. — Москва, 1900.

13. *Говсеев*. Patronage familial в Екатеринославской губ. // Архив психиатрии. — 1895. Также см. и др. статьи того же автора о семейном призрении.

14. *Головина*. Городская больница св. Николая Чудотворца в Петербурге. — Петербург, 1887.

15. *Дехтярев*. О положении дела призрения душевнобольных в Петербурге. — Петербург, 1895.

16. *Захаров*. Международный съезд посемейного призрения в Париже // Врач. — 1901. — № 46.

17. *Кащенко*. Отчет по осмотру психиатрических заведений в Западной Европе // Вып. II. Описание английских больниц. — Нижний Новгород, 1900.

18. *Он же*. Краткий очерк посемейного призрения душевнобольных в Шотландии, Англии, Бельгии, Франции, Германии и России.

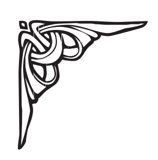
19. *Он же*. Годовой отчет по колонии семейного призрения душевнобольных Нижегородского губернского земства в г. Балахне. — Нижний Новгород, 1900.

20. *Корсаков*. К вопросу о призрении душевнобольных на дому // Труды I Съезда отечественных психиатров. — Петербург, 1887.

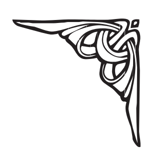
21. *Он же*. Курс психиатрии. — Москва, 1901. — С. 555, 642.

22. *Мендельсон*. Призрение душевнобольных в Германии. — Петербург, 1900. (О семенном призрении с. 584–648.)

22. *Рагозин*. Призрение и лечение душевнобольных в России // Вестник судебной медицины. — 1833.
23. *Синани*. Современные взгляды психиатров на систему семейного призрения. — Саратов, 1891.
24. *Смоленский*. Городская больница св. Пантелеймона.
25. *Тимофеев*. Очерки французских лечебниц для душевнобольных. — Петербург, 1892.
26. *Чечотт*. Призрение помешанных в Петербурге. Историческая справка // Вестник клинической и судебной психиатрии. — Петербург, 1889.
27. *Он же*. Современное положение призрения помешанных в Петербурге и губернии и в каком размере оно должно быть расширено. Там же.
28. *Он же*. Общий план призрения в Петербурге. Там же.
29. *Яковенко*. Душевнобольные Московской губернии. — Москва, 1900.
30. *Он же*. Обзор деятельности всех земств по призрению душевнобольных // Архив психиатрии. — Петербург, 1897.
31. *Янсон*. Сравнительная статистика населения.
32. *Bannemann*. Bau, Einrichtung und Organisation psychiatrischer Stadtasyle. — Halle, 1901.
33. *Fere*. Le traitement des alienes dans les families. — Paris, 1893.
34. *Gamier*. La folio a Paris, 1890.
35. *Paetz*. Die Familienpflege in Dun-sur-Aurqn. Psych. Wochenschrift, 1900.



Николай Николаевич РЕФОРМАТСКИЙ (1855–1920)



Н. Н. Реформатский возглавил больницу св. Николая Чудотворца после ухода О. А. Чечотта в 1901 году. По вступлении в должность он издал публикуемую здесь работу, которая знакомила общественность с состоянием больницы, что было особенно актуально в связи с целым рядом происшествий, имевших широкий общественный резонанс. Сама по себе фигура Н. Н. Реформатского сложна и неоднозначна, в первую очередь, по своим человеческим качествам. Однако, безусловно, он был одним из крупнейших организаторов психиатрии Санкт-Петербурга, пусть и нечасто вспоминаемым в настоящее время.

Печатается по изданию:
Реформатский Н. Н. Больница св. Николая Чудотворца для душевнобольных в С.-Петербурге. — СПб.: Типогр. Н. Н. Клобукова. — 1902. — 24 с.

Н. Н. РЕФОРМАТСКИЙ

Больница св. Николая Чудотворца для душевнобольных в Санкт-Петербурге

(Краткая история возникновения больницы, ее настоящее тяжелое положение и единственно возможный выход из этого положения в будущем)

И в обществе и в печати неоднократно раздавались голоса о неудовлетворительном состоянии больницы св. Николая Чудотворца в Санкт-Петербурге. Разговоры начались не вчера и не месяц тому назад, — негодование по адресу больницы высказывается уже много лет. Эти дурные отзывы не могли не тревожить тех, кому дорого всякое общественное дело, кто имел какое-либо отношение к больнице, и особенной болью должны были отозваться у тех, кто имел несчастье поместить в эту больницу близкого, родного человека.

Конечно, многое из того, что говорилось и писалось, не вполне отвечало правде, но нельзя умолчать и о том, что многие из сообщенных фактов были справедливы.

И чего только, действительно, не привелось пережить больнице св. Николая Чудотворца: и побеги больных, и переломы ребер, и случаи убийств

и самоубийств, нападения одних больных на других, нападения больных на здоровых и т. д. и т. п.

Общественная совесть при известии о неблагополучии в больнице, конечно, должна возмущаться, и обыватель имеет право задавать вопросы:

Каким образом такие ужасы могут иметь место в столице Империи, и неужели нет средств устранить вопиющее зло?

Вопросы вполне законные!

Какой же должен быть на них ответ?

Пишущий эти строки только в текущем году поставлен во главе больницы св. Николая Чудотворца; ему при знакомстве с новым делом привелось разобраться в разных печатных и не напечатанных материалах, относящихся к истории больницы и ее порядкам, и он под свежим впечатлением считает себя обязанным изложить как историю этой больницы, так и настоящее положение дела в последней. История эта очень занимательна, она многое может объяснить из того, что на первый взгляд может казаться непонятным и трудно объяснимым[1].

На Матисовом острове, при впадении реки Пряжки в реку Мойку, в 1832 году по повелению Императора Николая Павловича приступлено было к устройству Исправительного заведения «для лиц предерзостных, нарушающих благонравие и наносящих стыд и зазор обществу». В 1840 году последовало открытие этого заведения. В 1842 году Высочайше повелено было небольшое число лиц, подвергшихся сумасшествию, отправлять для содержания в этом Исправительном заведении. Затем постепенно количество больных увеличивалось, и в 1864 году душевнобольные занимали в Исправительном заведении уже 120 мест.

С увеличением населения столицы, а с ним и числа душевнобольных, нужда в призрении последних росла, и в 1872 году все здание Исправительного заведения было отдано для больницы душевнобольных.

Когда в 1885 году больница св. Николая Чудотворца перешла от Попечительного совета в ведение санкт-петербургского городского общественного управления, то в ней содержалось уже более 300 душевнобольных.

В то же время городу Санкт-Петербургу пришлось принять в свое ведение больницу св. Пантелеймона, Больше- и Малоохтинскую больницы и принять из больницы «Всех Скорбящих» петербургских горожан.

Уже почти через год вместо первоначально переданных ему 300 больных город вынужден был содержать их около 1200 человек.

С каждым годом число больных возрастало, приходилось теснить больных, помещая их все в тех же своих больницах или расширяя помещения,

---

[1] Материалы для этой записки взяты мной из отчетов больницы св. Николая Чудотворца, из отчетов больничной комиссии и из протоколов врачебного комитета больницы.

пока лишь в самых скромных размерах: то делали какую-то перестройку, например, приспособляя летний барак на зимний, как, например, в больнице св. Пантелеймона перестроили обветшалое здание бывшей кузницы в барак для буйных больных.

Больницы переполнялись больными, конечно, в ущерб правильному уходу больничной работы. В качестве единственного средства противостоять непомерному наплыву больных оставалось одно — отказывать в приеме в больницу известных категорий душевнобольных.

Так шло дело до 1890 года, когда в мае месяце последовал приказ санкт-петербургского градоначальника (за № 140 от 20 мая), которым предоставлялось чинам полиции каждого душевнобольного, о котором им будет сделано заявление, направлять непосредственно в больницу св. Николая Чудотворца. В приказе пояснялось, что в случае отказа в приеме полиция должна составлять о том протокол для привлечения к ответственности виновных в отказе.

Тогда же сделано было со стороны городского управления распоряжение немедленно принять в больницу св. Николая Чудотворца всех прикопившихся к тому времени в полицейских приемных покоях душевнобольных (эти больные прежде, до поры до времени, выдерживались в приемных покоях), а затем принимать всех направляемых в полицию больных, не взирая на число больных в больнице.

Такой порядок вещей в скором времени должен был привести больницу св. Николая Чудотворца и больных до совершенно невозможного положения, и больничной комиссией немедленно были предприняты розыски зданий, усадеб или вообще каких-либо помещений, где бы можно было устроить известное число душевнобольных.

Вместе с тем, больничная комиссия озаботилась составлением плана устройства рационального призрения душевнобольных в Санкт-Петербурге.

Между тем, число больных в больнице св. Николая Чудотворца возрастало и к осени 1891 года дошло до 600 — цифры, казавшейся тогда превосходящей пределы дозволенного, хотя бы и ввиду временной меры. Тогда ввиду безысходного положения больницы больничная комиссия решилась на крайнюю меру и распорядилась выселить всех врачей из занимаемых квартир (кроме главного врача), а их квартиры занять больными. Таким образом, оказались найдены еще несколько мест для новых больных, которых и стали принимать без всякого стеснения.

Тем временем был выработан план устройства дела призрения душевнобольных в Санкт-Петербурге. По этому плану больница св. Николая Чудотворца предназначалась исключительно для острых больных с целью дальнейшего распределения по другим городским учреждениям и рассчитывалась на 300–400 больных. Больницу св. Пантелеймона предлагалось заместить 600–700 больными-хрониками и затем, за закрытием Малоохтинской больницы и отделения психических больных в городских бога-

дельнях, предполагалось устроить новую больницу по типу колонии, рассчитанную на 1500 больных-хроников.

Таким образом, в то время, до 1890–1891 гг., на общее число считавшихся жителей в числе около 950 тысяч было признано необходимым иметь всего 2500 мест. План этот Думою был одобрен, и ею было постановлено осуществить его на деле.

В скором времени была приобретена Новознаменская дача, и уже в 1893 году поселена была на ней часть душевнобольных, а в 1898 году их там было 750. Принесло ли такое увеличение мест для душевнобольных облегчение для больницы св. Николая Чудотворца?

Ответом на это должны служить цифры различного числа душевнобольных к 1 октября текущего года:

В больнице св. Пантелеймона	699
В Новознаменской даче	746
В больнице св. Николая Чудотворца	1096
Всего в этих трех больницах	2541
В Доме призрения на Малой Охте	205
В городских богадельнях	71
Всего	28172

Не удивительно поэтому, что несмотря на то, что в больницу на Новознаменской даче эвакуировано 750 больных, в больнице св. Николая Чудотворца все-таки находятся более 1000 человек.

Таким образом, еще и до сих пор не удалось разделить больницу св. Николая Чудотворца. И мера, принятая временно, как экстренная, то есть занятие квартир врачей больными и выселение врачей из здания больницы, вот уже продолжается целых 11 лет.

Само собой разумеется, что такое сплошное заселение всего здания, до последних его уголков, тесно размещенными душевнобольными неминуемо понижает гигиенические качества всей больницы. Как и сами квартиры, взятые под больных ввиду временной меры, оставленные без существенных перемен в их устройстве, сохраняя свойства маленьких квартир, являются несоответствующими настоящему их назначению.

Независимо от этого, само выселение врачей из здания больницы, и не на короткое время, как это тогда предполагалось, а на очень долгое, как оказалось на деле, повлияло на весь больничный режим весьма ощутительно в отрицательном смысле. Прежде, бывало, при всяком происшествии в больнице или в случае какого-либо недоразумения и надзиратель,

---

[2] Последняя перепись показала, что к 28 января 1897 года в Санкт-Петербурге с пригородами оказалось 1 267 023 человека.

и прислуга, и, наконец, родственники больных прямо шли к врачу и многое разъяснялось и улаживалось. Со времени выселения врачей из больницы все это выпало на долю дежурного врача, который, конечно, разрешить всего этого не мог, и все это очень скоро поняли, и мало-помалу перестали даже пользоваться в подобных случаях услугами дежурного врача.

Благодаря всему этому больнице св. Николая Чудотворца, некогда пользовавшейся доброй славой, создано весьма трудное положение: она приобрела известность, не в пользу ее говорящую. Когда родственники, горячо заинтересованные в участи своего больного, спрашивают, что они могли бы сделать для улучшения его положения, приходится поневоле советовать им взять больного из больницы и поместить его в другое место.

Кубическое содержание воздуха в больнице, при отсутствии каких-либо усовершенствованных способов вентиляции, недостаточно. В главном здании больницы, в спальнях и отдельных комнатах (изоляторах), в среднем, приходится на одного больного 1,45 куб. саж.; в столовых, служащих в то же время и местом для дневного пребывания больных, на одного человека воздуха приходится 0,54 куб. саж. Всего же, вместе с центральным коридором, — 3,2 куб. саж. При этом необходимо отметить, что разные отделения больницы содержат неодинаковое число больных, и, следовательно, на долю каждого больного приходится неодинаковое количество воздуха. В более лучших условиях находятся отделения для спокойных больных и в гораздо худших условиях содержатся больные свежезаболевшие и беспокойные. Например, для свежезаболевших мужчин, принимаемых в больницу, в так называемое второе отделение больницы, в спальнях и отдельных комнатах имеется воздуха менее 1 куб. саж. (0,98), в столовых 0,26 куб. саж., а всего с центральным коридором на втором отделении приходится на одного больного 1,69 куб. саж. воздуха.

Эти цифры показывают, что содержание воздуха в больнице св. Николая Чудотворца далеко ниже самых минимальных указаний и требований гигиены. И разве только в ночлежных приютах люди дышат таким же недостаточным количеством воздуха, но дышат только ночью, потому что на день покидают стены приюта. Больные же в больнице св. Николая Чудотворца проводят не одни ночи, но целые дни, недели, месяцы и годы, медленно задыхаясь в буквальном смысле этого слова.

Количество света, благодаря существующему центральному коридору, также недостаточно.

Но не только воздуха и света мало для больных больницы св. Николая Чудотворца, в ней и площадь пола так мала, что не позволяет всем больным иметь свои кровати. Около двухсот человек больных на ночь располагаются на полу в столовых, в тех самых, в которых целый день оставалась масса больных и в которых утром надо пораньше поднять всех ночлежников для того, чтобы их помещение опять было занято на день. Поэтому можно

судить как о чистоте воздуха в этих помещениях, так и о положении несчастных больных, валяющихся на соломенниках на грязном полу (более счастливые и юркие забираются под столы, чтобы кто-нибудь, вставши ночью, не придавил им руку или ногу). Нередки, конечно, просьбы больных к врачам о том, чтобы им была дана кровать, и врачи с болью в сердце должны им в этой законной просьбе отказывать. Незавидное положение и врача, и пациента!

Не могу не привести здесь выдержку из отчета больничной комиссии за 1898 год, касающуюся изоляционных комнат. На странице 20 отчета говорится:

> *«В изоляционных помещениях приходится нередко держать по двое больных. В таких случаях приходится или связывать больных, чтобы один другому не причинил какого-либо повреждения, или усыплять наркотиками, чтобы не лишать соседа сна, или, наконец, рисковать тем или другим и пробовать оставлять таких до поры до времени вместе. По недостатку же отдельных комнат приходится ночью больных, пришедших в возбуждение, перемещать в другую комнату, а там находящегося разбудить и положить где-либо на чужую кровать или на пол».*

Может ли быть что-либо ужаснее этой картины!

Если к этому прибавить, что в больницы Новознаменскую, Малоохтинскую, а также в Екатерингофское отделение переводят из больницы св. Николая Чудотворца преимущественно спокойных больных — станет ясным, что в больнице св. Николая Чудотворца контингент больных делается все более и более беспокойным. Тем более что и больница св. Пантелеймона не приспособлена для самых трудных, крайне опасных больных, и не только не может принять из больницы св. Николая Чудотворца таких больных, но иногда сама сюда переводит оказывающихся неудобными для дальнейшего их содержания.

Трудность больницы св. Николая Чудотворца еще увеличивается наличностью арестантского отделения. Между испытуемыми и арестантами бывают симулянты и вообще такие субъекты, которые не подчиняются дисциплине таких мест, как Санкт-Петербургская одиночная тюрьма или Петропавловская крепость, и которых направляют оттуда в больницу св. Николая Чудотворца в расчете, что здесь имеются необходимые приспособления.

Это арестантское отделение, не имея никаких особых приспособлений, будучи всегда переполненным, заключает в себе постоянно нескольких лиц, которые своей безнравственностью, своей чрезмерной требовательностью, нежеланием мириться со своим положением, своей агрессивностью, воспитанные тюремным обществом, положительно терроризируют служебный персонал и, кроме того, служат как бы ферментом для возбуждения недо-

вольства и озлобленности на всем арестантском отделении. Постоянное ожидание какой-либо беды на этом отделении, ожидание крупной ответственности заставляет дежурных надзирателей и их помощников уделять арестантскому отделению преимущественную долю своего внимания, а это, несомненно, влияет на ослабление общего больничного надзора и порядка.

Принимая во внимание все вышеизложенное, а также загрязненность больницы вследствие давно не проводившегося капитального ремонта, естественно ожидать развития разнообразных соматических заболеваний, и таковые в больнице не переводятся. Здесь можно встретить и рожу, и септицемию, и крупозное воспаление легких, и чахотку, — и все эти болезни имеют самое неблагоприятное течение. Одно время в больнице развился брюшной тиф, и смертность от него была огромная.

Скученность душевнобольных, невозможность группировать их правильным, целесообразным образом, невозможность доставить им столь необходимый для них покой, создали в больнице св. Николая Чудотворца обстановку, в которой психические заболевания, даже в их острых, излечимых формах, имеют наклонность делаться затяжными, принимают хронический характер и дают процент выздоровлений несомненно более низкий, чем в благоустроенных психиатрических заведениях.

С 1890 года, когда последовало распоряжение о неограниченном приеме больных, смертность больных резко увеличилась. Так, с 1885 по 1889 год % смертности колеблется между 7,9–9,9, а с 1890 года — 10,1–13,5.

С прискорбием, без опасения впасть в ошибку, можно сказать, что полезная роль больницы св. Николая Чудотворца по отношению к обществу выражается лишь в том, что в ней лишены свободы и возможности проявлять свои те или другие опасные порывы более 1000 душевнобольных. По справедливости, такое учреждение не заслуживает чести называться больницей, а должно быть отнесено к разряду мест заключения, каковым оно и было со дня своего основания, 62 года тому назад. Но и как таковое — больница св. Николая Чудотворца не может функционировать удовлетворительно, потому что при ежедневном не прерывающемся поступлении новых больных и прогрессирующем переполнении нет возможности выдержать всех больных столько времени, сколько следовало бы, и многие из них выписываются по первому желанию родных, или еще совсем больными или еще не совсем поправившимися, что, конечно, в некоторых случаях, далеко не всегда заранее предвидимых, может представлять для общества не только неудобство, но и прямую опасность. А между тем, нельзя поступать иначе, потому что только такой снисходительной выпиской больных поддерживается до сей поры возможность принимать в больницу новых больных.

Невозможно не упомянуть здесь еще и о следующем очень важном неустройстве больницы: за неимением особых помещений для свидания

больных с родственниками приходится эти свидания устраивать в тех же тесных палатах, служащих местом для дневного пребывания больных, благодаря чему делается возможной тайная передача менее благоразумными из родственников больных острых орудий, спичек, спиртных напитков и тому подобных недозволенных вещей, что, конечно, влечет за собой более или менее тяжелые несчастные случаи. А сколько людей является в больницу в так называемые посетительные дни, можно судить по тому, что, например, тринадцатого числа октября текущего года на 2-м мужском отделении родственники посетили 104 больных в количестве 166 человек (к одному и тому же больному иногда являются по 3–6 человек). Если принять во внимание, что на отделении этом было 186 человек больных и 18 человек прислуги и 5 надзирателей, да прибавить к ним всех посетителей, то яркая картина невозможности порядка на отделении выступает сама собою.

Переполнение больницы больными является главной причиной того, что количество несчастных случаев в больнице крайне велико. Случаи ранений, укусов, ушибов и тому подобные, причиненные больными как самим себе, так и друг другу, а равно врачебному и служительскому персоналу больницы почти ежедневны. Так, по собранным сведениям за май и июнь текущего года в третьем мужском отделении таких случаев было 73, в третьем женском отделении 145. Последние годы серьезным поранениям со стороны больных подверглись: бывший главный врач больницы О. А. Чечотт, главный врач Н. Н. Реформатский, врачи отделений М. Л. Фальк, Л. О. Финкельштейн, а также надзиратель Платонов, 25 помощников надзирателей и 8 служителей получили тяжелые ушибы. Более или менее тяжелые ушибы получили за последнее время врачи: С. М. Маркова, М. Л. Фальк, Д. В. Онушкевич, А. Г. Коносевич и А. П. Омельченко. Все помощники и помощницы надзирателей и надзирательниц неоднократно подвергались ударам и ушибам со стороны больных.

Теперь посмотрим на работу лиц персонала по уходу за больными.

Младшие надзиратели и надзирательницы несут непосильный труд в больнице, им приходится дежурить по 17 часов в сутки. Оплачивается их труд жалованием 25 рублей в месяц, из коих вычитается 6 рублей за стол и 1 рубль в пенсионный капитал. Специальной подготовительной школы для них не существует, приглашение на службу является актом случайным. Если к этому прибавить продолжительное их пребывание среди шума и гама душевнобольных, возможность нападений и всевозможных неприятных действий со стороны душевнобольных, если принять в расчет, что свободный от работы день у них бывает через 9 дней в 10-й, что они не имеют отдельных помещений, а скучены так же, как больные, в общих комнатах, то делается понятным их поистине тяжелое и, можно сказать, невыносимое положение. Понятным делается и стремление, с которым они, при первой

возможности, оставляют свою должность. В течение июля месяца текущего года, почти сразу, двенадцать человек младших надзирателей оставили службу в больнице св. Николая Чудотворца и уехали на Дальний Восток, на холеру, и больница осталась без работников. А найти новых надзирателей и их обучить — дело далеко не легкое, а покуда новый человек освоится с делом и приспособится к работе, требуется известное время, в течение которого больные должны оставаться без надлежащего надзора.

Только что сказанное о надзирателях прилагается и к низшей прислуге — служителям и сиделкам.

Здесь нужно отметить, что некоторое переполнение больницы вызвало и соответственное увеличение числа прислуги и переполнение служительских помещений в такой мере, что не каждый служитель имеет отдельную кровать, и некоторые из них спят по двое на одной постели. Не мудрено, что в подобной непозволительной обстановке создался такой порядок вещей, вследствие которого в больничные служители и сиделки поступают люди, которым некуда себя больше деть, нравственный и умственный уровень которых стоит часто весьма невысоко, и которые, конечно, никогда не могут сделаться по отношению к несчастным душевнобольным их истинными братьями и сестрами милосердия.

Только что указанные условия — непосильный труд надзирателей, их частая смена, неудовлетворительный состав прислуги — не только способствуют в значительной мере ослаблению необходимого надзора и бдительности, но и ухудшают само качество этого надзора и бдительности.

Деятельность врачей при подобных условиях часто принимает совсем не врачебный характер, когда «подтягивание» прислуги, разбирательство разных упущений со стороны служебного персонала, налагание на виновных штрафов выступают на первый план и отнимают много времени во вред исследованию, врачеванию и наблюдению больных. Если к этому прибавить и то, что врачи получают за свой труд вознаграждение, лишающее их возможности отдавать много времени больнице и требующее искания заработка частной практикой (младшие врачи имеют 900 рублей жалования, а старшие по 1500 рублей), то и с этой стороны должна быть понятна ненормальность их работы.

Проследивши историю возникновения больницы св. Николая Чудотворца и познакомившись с настоящим ее положением, мы должны добавить еще следующее.

Само здание больницы, построенное в 30-х годах прошлого столетия для помещения Исправительного арестантского заведения и лишь во второй половине того же столетия несколько переделанное для нужд призрения душевнобольных (1872), является в настоящее время, при современных требованиях психиатрии, совершенно непригодным для означенной цели (центральные темные низкие коридоры, неудобное расположение палат,

недостаток света, воздуха и тому подобное). Кроме того, больничные здания не имеют никаких специальных приспособлений для вентилирования воздуха в помещениях, а недостатки в системе отопления делают температуру в некоторых палатах зимой нередко крайне низкой (до 8°). Верхние этажи здания (отделения для беспокойных) лишь в течение нескольких часов в сутки имеют в своем распоряжении достаточное количество воды, в дни же бань не имеют ее вовсе. Не хватает воды не только для лечебного пользования ванными, но и для обмывания неопрятных больных, а для промывания клозетов приходится воду приносить ведрами.

Барачные здания (деревянные), где помещается около 200 человек больных, малопригодны для жилья душевнобольных и опасны в пожарном отношении.

Прачечная, в которой моется белье как служащих, так и больных, очень мала по своим размерам, что же касается сушилки белья, то ее заменяет плохо проветриваемый старый чердак над кухней.

Ввиду отсутствия соответственных помещений организация какого бы то ни было труда и развлечений, столь необходимых для правильного содержания больных, представляется невозможной.

Вся внутренняя обстановка зданий, вызываемая недостаточностью ежегодно ассигнуемых средств на ремонт, сильно обветшала. Оконные рамы, решетки, двери, замки, ручки, шпингалеты — все это в значительной степени гнило, непрочно и нередко служит причиной несчастных случаев в больнице (случаи нападения и обороны этими вещами, выламывание решеток, побеги и падения из окон и т. п.).

За невозможностью дать сколько-нибудь удобное помещение для надзирателей и служительского персонала приходится содержать этот персонал численно меньше, чем сколько нужно для правильного хода дела.

Подведя итог всему сказанному о больнице св. Николая Чудотворца, нельзя не прийти к выводу, что положение главной Санкт-Петербургской городской больницы, назначенной для лечения острых душевнобольных, во всех отношениях неудовлетворительно и, можно сказать, отчаянное.

Какой же выход из этого положения?

Выход один. Нужно устроить новую больницу для острых и свежезаболевших больных согласно современным научным требованиям, снабдив ее всем необходимым для правильного лечения и содержания больных. Эта больница должна служить приемным бюро для всех заболевших душевною болезнью в столице; она же, по мере надобности, будет распределять больных (эвакуировать) по другим загородным больницам.

Скажут — зачем строить новую больницу, лучше перестроить больницу св. Николая Чудотворца и вывести из нее избыток больных, хотя бы в Новознаменскую больницу, которая содержит только половину предположенного там числа кроватей.

На это нужно ответить следующее: здание больницы св. Николая Чудотворца имеет тот самый тюремно-казарменный вид, который был дан ему как «Исправительному заведению» еще в 30-х годах прошлого столетия. Недостатки архитектурной его конструкции таковы, что переделка будет стоить громадных денег, а достичь чего-либо доброго этим переустройством будет невозможно. Существование центрального, полутемного, низкого коридора и неудобное расположение палат делают правильное распределение больных и наблюдение за ними невозможным.

Одно из существенных терапевтических средств при лечении душевнобольных есть правильная группировка больных по особенностям их физического и психического состояния; при этой группировке мы должны избегнуть всего волнующего и раздражающего больных, а этого нельзя достичь, помещая все группы больных в одном и том же здании. Психически больные весьма часто склонны к заболеванию заразными болезнями и последние нередко принимают характер эпидемический. (См. выше об эпидемии тифа, рожи, септицемии, также о крупозном воспалении легких, туберкулезе.) Изолировать заразных больных в больнице св. Николая Чудотворца представляется невозможным. Крайне затруднительной будет также правильная организация отделения неопрятных больных и физически слабых. Между тем, при приеме всех заболевающих в столице больных (в течение года около 1500) неизбежно эти группы больных будут иметь место в больнице, и при оставлении существующей больницы, хотя бы и с переделками, результаты лечения больных будут ниже тех, которых можно ожидать в новой правильно устроенной и организованной больнице.

Нельзя здесь не вспомнить и того, что 4-й этаж здания больницы не снабжен достаточным количеством воды не только для лечебных целей, но и для целей чистоплотности. Да и само помещение больных на 4-й этаж представляет такую ненормальность, чему примера нет ни в одной благоустроенной больнице. Только крайняя нужда могла заставить воспользоваться этим этажом для помещения в нем душевнобольных, и плачевные результаты этого помещения давно уже сказались.

Итак, во что бы то ни стало и немедленно нужно притупить к устройству новой больницы для острых, свежезаболевших душевнобольных.

Если бы, паче чаяния, городское управление решило в первую очередь заняться расширением больницы Новознаменской, то есть больницы для хронических больных, то тем самым оно отложило бы в дальний ящик то, что должно составлять работу первостепенной важности, именно — заботу о лечении острых душевнобольных, у которых имеется надежда на выздоровление. При надлежащем лечебном пособии острых душевнобольных, само собой разумеется, меньший процент их будет переходить в разряд неизлечимых хроников.

В настоящее время санкт-петербургское городское управление путем займа получило средства для улучшения больничного дела, и оно, конечно, пожелает, чтобы эти средства были израсходованы с наибольшей пользой для дела. Эта польза будет ощутима только при условии правильно организованной помощи для тех, кто только что заболел и кто в правильно обставленной больнице найдет себе лечебное пособие. Забота о хрониках должна быть поставлена на вторую очередь.

Новая больница, по данным опыта (цифры движения больных в больнице св. Николая Чудотворца), должна быть рассчитана не менее как на 400 кроватей, причем ей должна быть обеспечена возможность всех больных с формами, не подающими надежды на излечение, эвакуировать в другие больницы.

Вот единственно правильный путь и правильное решение наболевшего вопроса. Другого выхода нет!

Не иметь в Санкт-Петербурге больницы для острых душевных больных и грешно, и нерасчетливо. В наш нервный век, при тяжелых условиях борьбы за существование, забота о лечении нервов и мозга должна быть выдвинута на первый план вперед до того времени, когда найдутся средства к предупреждению заболеваний нервной системы.

Ставя заботу о хронических больных на вторую очередь, этим самым не исключается, а напротив, подчеркивается необходимость заботиться о расширении больницы на Новознаменской даче и о переустройстве больницы св. Пантелеймона. Если Новознаменская больница не будет расширена, то некуда будет эвакуировать неизлечимых больных, а также больных с затяжными формами болезни. И новая больница неизбежно будет переполняться больными.

Конечно, было бы желательно одновременно с устройством новой больницы для острых, свежезаболевших больных приступить и к доустройству больницы Новознаменской, но ввиду могущих быть денежных затруднений придется соблюсти известную постепенность — сначала устроить больницу для острых больных, а потом приступить к расширению Новознаменской больницы, хотя бы за счет существующей больницы св. Николая Чудотворца, как непригодной для целей лечебных.

В развитии дальнейшего хода дела призрения душевнобольных в Санкт-Петербурге, конечно, должен быть выработан особый план при участии врачей психиатров.

Ноябрь 1902 г.

Главный врач больницы
св. Николая Чудотворца
Н. Реформатский

Печатается по изданию:

Реформатский Н. Н. Опыт семейного призрения душевнобольных, эвакуированных из спб. городских психиатрических больниц // Обозрение психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии. — СПб.: Изд. К. Л. Риккера. — 1908, август, № 8. — С. 449–471.

Н. Н. РЕФОРМАТСКИЙ

Опыт семейного призрения душевнобольных, эвакуированных из спб. городских психиатрических больниц

В конце декабря 1904 года доктором О. А. Чечоттом произведено было исчисление всех душевнобольных, находившихся в городских, правительственных и частных лечебницах С.-Петербурга. Обследование показало, что из 4520 человек общего числа больных 3154, т. е. 69,8%, призревалось в больницах городского общественного управления и 1336 чел., или 30,2%, во всех остальных психиатрических лечебных заведениях.

Из числа больных, призреваемых городом, острых и свежезаболевших оказалось всего 277 чел., т. е. 8,8%, остальные же 2877, т. е. 91,2% составляли хронические, неизлечимые больные. Из этих больных 45,4% (1306 чел) были больные спокойные, из которых 22,4% (647) были даже трудоспособны. Такое колоссальное накопление хронических больных в городских больницах, конечно, должно было остановить на себе внимание. Невольно являлся вопрос — для какой надобности эти спокойные больные находятся в больницах, которые не в состоянии принести им сколько-нибудь ощутительной пользы, а для многих из них могут оказаться даже вредными, так как, при всем известной скученности больных в спб. городских больницах, смешение хроников с острыми больными далеко не безразлично как для тех, так и для других, в смысле дальнейшего течения болезни. Поэтому пребывание спокойных хроников в городских больницах могло быть оправдано только или требованием общественной безопасности, или тем обстоятельством, что больным этим, за отсутствием лиц, желающих взять их на свое попечение, совершенно некуда деваться. Естественно возникает вопрос о выведении спокойных хроников из городских больниц.

Вопрос этот, как показал опыт Западной Европы и некоторых русских земств и городов, удовлетворительно разрешается организацией патронажа, т. е. передачей больных на руки родственников или посторонних лиц, с известной субсидией от города или земства и с соблюдением контроля со стороны последних через посредство специалистов-психиатров.

Там, где патронаж уже существует и поставлен правильно, он оказался выгодным во многих отношениях: предоставляя больным то, чего не могут им дать больницы, а именно пользование, в разумных пределах, свободой, при условии здоровой деревенской природы и жизни, он дает и лучшее самочувствие, и возможность проявить свою личность и трудоспособность; благотворное влияние окружающей здоровой среды, в свою очередь, вызывает к жизни готовые угаснуть представления, и живой мертвец, каким он был до сих пор в сумасшедшем доме, вновь может приобщиться к лику разумных особей.

К этому нужно добавить, что содержание больных в патронаже обходится дешевле, чем в больницах.

Не лишним также будет привести на справку и доброжелательное отношение к больным населения тех местностей, где патронаж свил себе гнездо.

Не вдаваясь в историю семейного призрения, которая более или менее знакома всем психиатрам, укажу только на организацию патронажа в Париже, где с 1892 по 1904 год, т. е. в течение 12 лет, через патронаж прошло 7777 чел., что, конечно, в значительной мере способствовало освобождению больниц от неизлечимых хроников.

В Нижнеавстрийском земстве в настоящее время всякое правильно устроенное лечебное психиатрическое учреждение состоит из 3 частей: лечебницы, дома призрения и семейного призрения.

В 1905 году я представил председателю больничной комиссии записку о необходимости подробного ознакомления с практикой семейного призрения душевнобольных и о желательном введении этого вида призрения и для больных, подлежащих ведению с.-петербургского городского управления.

Будучи затем командирован в 1906 году за границу для изучения постановки дела призрения душевнобольных, я ознакомился с организацией патронажа в Берлине, Париже и Вене и представил в больничную комиссию соответственный доклад.

В этом докладе приведенные мною цифровые и иные данные дали мне право утверждать, что рациональное разрешение вопроса о призрении душевнобольных не может быть поставлено в зависимость только от устройства новых больниц. Естественный прирост населения, а с ним и прирост душевнобольных несомненно будет требовать новых и новых кроватей для помещения вновь прибывающих больных. И хотя комиссия санкт-петербургских городских психиатров предположительно выработала план организации призрения душевнобольных на несколько лет вперед, имея в виду определенные величины прироста, но есть признак, что число душевнобольных, особенно в наше тревожное, смутное время, будет возрастать, не справляясь с установившимися коэффициентами естественного прироста. Так, в 1905 году в больнице св. Николая Чудотворца за первые

10 месяцев было принято сравнительно с 1904 годом, за тот же период времени, на 223 человека больных больше. Это не случайность, и излишек в с лишком 200 больных — симптом грозный. Бесспорно, городу С.-Петербургу безотложно нужно устроить новую лечебницу для острых и свежезаболевших больных. Этого требуют и гуманность, и прямая выгода, потому что без правильного лечения свежезаболевшие рискуют перейти в разряд неизлечимых хроников. В то же время крайне необходимо подумать и о судьбе неизлечимых больных, ужасающий % которых в существующих больницах кажется даже невероятным.

В указанном моем докладе я рекомендовал городскому управлению отдавать душевнобольных в свои или чужие семьи, т. е. организовать семейное призрение душевнобольных или, как это принято называть для краткости, — организовать патронаж, поставивши его совершенно правильно, основываясь на опыте как русских, так и иностранных такого рода организаций. Опыт же показал, что тот или иной успех дела зависит не от того, что больные не могли быть призреваемы в семьях, а от степени совершенства той или иной организации.

Организация, которую я рекомендовал городскому управлению, была следующая: необходимо найти недалеко от С.-Петербурга какой-нибудь город, слободу, большую деревню или ряд близко лежащих деревень в здоровой местности и войти с жителями в переговоры — не пожелают ли они принимать из больниц душевнобольных на свое попечение.

Обязательно, писал я, при этом должно быть испрошено согласие всего общества, в пользу которого может быть установлена известная плата, независимо от платы каждому хозяину за пансионера. Это для того, чтобы все общество было заинтересовано в пользе, приносимой помещением у них душевнобольных, и чтобы в случае надобности и, например, при отлучках или побегах больных члены общества могли явиться на необходимую помощь при отыскании[1]. После того, как место для устройства патронажа будет определено, нужно позаботиться об устройстве здесь приемного покоя на некоторое число кроватей, для временного пребывания эвакуируемых больных и для тех призреваемых в патронаже, которые будут переводиться, по случаю ли перемены в их душевном состоянии, или по случаю возбуждения, физического заболевания и т. д. Рядом с приемным покоем должно быть определено помещение, где бы больные могли собираться и для беседы с врачом, и для развлечений, и тогда, когда они поссорятся со своими хозяевами и т. д. Вблизи приемного покоя должны быть и квартиры для врача и его помощников.

На первое время все эти устройства могут быть в нанятом помещении, а в будущем, конечно, нужно устроить все необходимое в размере, как укажут обстоятельства и по определенному плану. Когда будут устроены

[1] Позднее я, по разным причинам, на этом уже не настаивал.

приемный покой и квартиры, тогда по частям можно будет переводить и больных. Ко времени перевода должны быть налицо предложения со стороны хозяев и должны быть заключены с ними определенные условия. Последние, написанные удобопонятным языком, должны быть включены в особую книжку, которая и передается вместе с больным хозяину-кормильцу. В ней должны отмечаться денежные расчеты с хозяином, указания врача и надзирателей и как нужно обходиться с тем или иным больным, принимая во внимание особенность данного случая и т. д. Условия должны предусмотреть все, относящееся до помещения больных, их пищи, одежды, белья и т. д.

В патронаже должен жить врач, надзиратели и несколько человек низшей прислуги. На обязанности врача должно лежать ознакомление с больными, вновь прибывающими из городских больниц, наблюдение за помещенными на призрение в семьи, а также лечение заболевших. Врачу также должно быть вменено в обязанность ознакомление и с хозяевами-кормильцами, чтобы знать, насколько они способны к правильному уходу за больными и насколько их помещения соответствуют гигиеническим требованиям.

Надзиратели исполняют поручения врача, визитируют больных ежедневно и свои наблюдения сообщают врачу патронажа. На их обязанности должна лежать забота об имуществе приемного покоя и о вещах, выданных хозяевам-кормильцам. Во многих патронажах больницею выдаются каждому больному кровать с тюфяком или соломенником, постельное и носильное белье, одежда и обувь. Мне казалось лучше, если эти вещи будут выданы за счет города, чтобы облегчить хозяевам, по крайней мере, на первых порах деятельности патронажа, возможность избежать препятствий к приему больных. Это будет полезнее и для больного, который явится, так сказать, со своим приданым. В условие должен быть включен только пункт, по которому ответственность за ценность вещей должна быть возложена на хозяев, за исключением тех случаев, когда вещи могут быть разрушены или потеряны самим больным.

При расширении деятельности патронажа соответственно должен увеличиваться и врачебный, и надзирательский персонал. Примерный расход на обзаведение 100 мужских кроватей должен был определиться в 6043 руб. 50 коп. и 100 женских кроватей — в 5170 руб. 75 коп.

В приемном покое на 10 чел. больных должны быть 2 палаты для соматических больных по 5 кроватей, 2 изоляционных комнаты для возбужденных, 1 приемная и 1 комната для аптеки, она же и кабинет врача и бюро патронажа.

При покое должны быть кухня, помещение для стирки белья и покойницкая.

По приблизительному расчету стоимость обзаведения приемного покоя будет равняться 100 руб. на одну кровать, или около 1000 рублей.

Ежегодный расход по патронажу:

Наем помещения для приемного покоя на 10 человек и квартир для врача, надзирателя и прислуги [2]	1500 руб.
Отопление и освещение приемного покоя и квартир	200 руб.
Пища для больных по 25 коп. в день на 10 чел.	912 руб.
Лекарства и перевязочный материал по 2 коп. в день на больного	72 руб.
Лекарства и перевязочный материал для амбулатории [3]	28 руб.
Плата хозяевам-кормильцам по 8 руб. за 1 человека	4600 руб.
Жалованье врачу 150 руб.	1800 руб.
Ему же разъездных	200 руб.
Жалованье старшему надзирателю 50 руб. [5]	600 руб.
Жалованье помощнику старшего надзирателя 35 руб.	420 руб.
Жалованье 2 лицам по уходу за больными в покое по 25 руб.	600 руб.
Жалованье дворнику, кухарке и рассыльному по 15 руб.	540 руб.
Ремонт белья, платья и обуви и замена изношенного по 10 руб.	1000 руб.
Обратная доставка больных в больницы, вознаграждение за доставку убежавших больных, мыло, покупка гробов, прочие мелкие и непредвиденные расходы, разъезды надзирателей и пр.	528 руб.
Всего:	18 000 руб.

Стоимость содержания одного больного в течение 1 года без обзаведения должна обойтись в 180 руб., между тем как средняя стоимость содержания больного в с. петербургских городских больницах для душевнобольных, напр., в 1903 году равнялась 287 руб. 74 коп.[6], следовательно, при нахождении 100 чел. больных в патронаже получится экономия в 10 744 руб. Но не в этой экономии заключается главная выгода, а в том, что не нужно будет для этих 100 больных устраивать новые помещения; устройство же самой простой больницы определяется в 1000 руб. на одну кровать и,

---

[2] Цифра предположительная.

[3] Имеются в виду больные в патронаже.

[4] Плата хозяевам-кормильцам может колебаться в зависимости от ухода за больными, их трудоспособности и от того, сколько человек будет помещено у одного хозяина. Она может быть и выше, и ниже 8 рублей.

[5] Врач и надзиратели пользуются установленной 10% прибавкой к жалованью и имеют право на пенсию и пособия со стороны города наравне с другими служащими.

[6] Стоимость больничной кровати в 1906 году значительно повысилась — 308 руб. 69 коп.

следовательно, на 100 человек больных нужно было бы израсходовать 100 000 рублей[7].

Каких больных — мужчин или женщин — выводить из больниц в первую очередь, или тех и других одновременно?

Прежде чем ответить на этот вопрос, мы должны здесь сказать, что вопрос о выборе больных для семейного призрения — один из самых важных при устройстве патронажа, и нужно отнестись к нему с должной серьезностью. Существенно важно с первых шагов деятельности семейного призрения поставить его так, чтобы оно произвело на население благоприятное впечатление, и прежде всего нужно уничтожить в населении чувство страха к душевнобольным. Если оно увидит, что больных нечего бояться, да еще и то, что пансионеры вместе с платой за свое содержание принесут хотя бы некоторую долю труда в семью, тогда можно быть уверенным, что симпатии к новому виду призрения явятся скоро и будет достаточно предложений со стороны кормильцев-хозяев. Итак, кого же из больных выводить в первую очередь?

Мне казалось более правильным последовать методу, которого держались французские врачи в начале своей организационной деятельности, устраивая колонию семейного призрения в г. Дюне, а именно: они вначале эвакуировали из городских больниц одних женщин и из них только тех, которые перешли за климактерический период своей жизни.

Больные, уже немолодые или старушки, едва ли могут вызвать чувство страха у населения; они же могут очень скоро ориентироваться в семье, найдут себе скоро какое-нибудь занятие в самом доме кормильца, то помогая по хозяйству, то ухаживая за детьми, то занимаясь шитьем или вязаньем и т. д. Не нужно будет за такими призреваемыми и много времени тратить на надзор и уход; они скорее могут приспособиться к новым условиям жизни и к ним скоро привыкнут, а это и нужно для дела. Необходимо, чтобы население получило интерес к делу призрения душевнобольных в своих семьях, и тогда явятся предложения и можно будет принимать только наиболее выгодные для больных.

Итак, я предлагал на первых порах эвакуировать в семейное призрение женщин преклонного возраста, но физически еще крепких и с порядочно сохранившимся интеллектом, по возможности, трудоспособных.

Далее я думал, что на первых порах неудобно устраивать колонии сразу и для мужчин, и для женщин: это значило бы сразу создавать 2 организации. Затем, желательным, с моей точки зрения, являлось создание колонии для женщин отдельно от колонии для мужчин, т. е. в разных местностях, за исключением разве лишь того случая, когда найден будет очень большой пункт для поселения больных, но и это только в случае невозможности

[7] Стоимость вновь проектируемой городской больницы для 300 душевнобольных определяется в 1 200 000 рублей или по 4000 рублей на одну кровать.

найти что-либо другое подходящее. Такой порядок отдельно устроенных колоний осуществлен во французском патронаже и по сие время находит себе одобрение, так как при нелегком деле организации колонии посемейного призрения вообще лицам, заведующим патронажем, не приведется считаться с актами физиологии душевнобольного человека.

Второй вопрос: в каком количестве нужно выводить больных? Опять ссылаясь на опыт Франции, я должен был сказать, что там производили эвакуацию, в первое время не спеша, а медленно. Так, в октябре, ноябре и декабре 1892 года переведено было в колонию г. Дюне всего 24 человека, из которых к 31 декабря 1892 года осталось 22 человека. В 1893 году, в течение всего года, прибыло 82 человека и к 31 декабря осталось их 93. В 1894 году прибавилось 107 чел. и т. д. И мне казалось, что было бы для дела более полезным не спешить с эвакуацией большого числа больных, чтобы не получилось каких-либо осложнений и недоразумений, всегда неизбежных при новой организации, особенно в начале ее деятельности. Дальнейшие подробности в установлении порядка выбора больных, хотя бы, напр., из какой городской больницы эвакуировать и т. п., должны быть рассмотрены в совете главных врачей, который, вероятно, найдет возможным передать разрешение этих вопросов в особую комиссию из врачей-психиатров.

Итак, я предлагал:

1. Немедленно приступить к организации посемейного призрения душевнобольных, находящихся в больницах с.-петербургского городского общественного управления, и с этою целью:
2. Эвакуировать из больниц а) хронических и неизлечимых больных, которым больница не только не полезна, а наоборот, приносит вред своим массовым режимом, но которые в условиях жизни среди здоровых людей могут достичь значительного улучшения и даже «относительного» излечения; б) также эвакуировать тех хронических больных, которым больницы пользы принести уже не могут.

Примечание 1. Те и другие группы больных должны быть из числа совершенно спокойных и безопасных, как для себя, так и для окружающих, в широком значении этого слова.

Примечание 2. Эвакуированные больные должны быть чистоплотные и физически не слабы.

3. Патронаж должен быть организован и для мужчин, и для женщин, но отдельно один от другого, в разных пунктах местности.
4. В первую очередь должен быть организован патронаж для женщин и именно для тех, которые перешли за климактерический период своей жизни.
5. Для организации дела посемейного призрения необходимо избрать врача-психиатра, которому поручить а) подыскать подходящие места, недалеко от столицы или на окраинах ее, для поселения там больных;

б) войти в переговоры с населением об их согласии принимать к себе пансионеров душевнобольных и на каких условиях могло бы состояться соглашение.

6. По одобрении этих условий, а равно и места, выбранного для патронажа, больничною комиссиею, последняя поручает врачу, заведующему патронажем: а) организовать приемный покой с необходимыми приспособлениями для изоляции возбужденных больных при перемене их душевного состояния и для оказания помощи при временных соматических заболеваниях; б) пригласить штат надзирательского и служительского персонала.
7. Вся медицинская, административная и хозяйственная часть по организации и ведению дела посемейного призрения душевнобольных должна быть вверена врачу патронажа.
8. Должны быть даны необходимые средства и для обзаведения, и для содержания больных, эвакуированных в патронаж, а равно и учреждений, с ним связанных.

Такова сущность моего доклада, одобренного комиссиею главных врачей городских психиатрических больниц, советом главных врачей и больничною комиссиею.

12 февраля 1907 года городская управа порешила выслушать устный мой доклад по этому вопросу и, одобрив принципиально выраженные в нем предложения, поручила больничной комиссии собрать все необходимые сведения об условиях, при которых возможно осуществление семейного призрения душевнобольных, как в окрестностях Санкт-Петербурга, так и в более отдаленных местах Санкт-Петербургской губернии. При этом было выражено пожелание, чтобы семейное призрение было применено в первую очередь к пожилым женщинам.

28 февраля больничная комиссия передала мне это поручение для исполнения.

Прежде чем приступить к фактическому выполнению возложенного на меня больничною комиссиею поручения, я должен был составить для себя особую формулу, в которую должны были вылиться все необходимые для дела требования. И формула эта была следующая: организация семейного призрения душевнобольных должна быть создана насколько возможно ближе к Санкт-Петербургу, на хороших путях сообщения, недалеко от железнодорожной станции, в здоровой, тихой, густонаселенной местности с не очень бедным, занимающимся сельскохозяйственным или земледельческим трудом населением, нравы которого сохранили в себе элементы патриархальности. Смысл этой формулы вытекал из моего доклада о семейном призрении душевнобольных, общие положения которого уже были приняты больничной комиссией и городскою управою. Затем я обратился за указаниями к местным общественным деятелям, знающим подробно географию Санкт-Петербургской губернии и характер ее населе-

ния, и от них узнал, что, по особенным условиям столичной жизни, круг моих действий, касающихся выбора места для организации семейного призрения, не может быть очень широким и вышеприведенные мои требования полностью удовлетворены быть не могут.

Следуя указанию этих лиц, я объехал подходящие места по линиям железных дорог: Николаевской, Вологодской, Варшавской, Балтийской и Ириновской, а также побывал и в пригородах столицы.

Встречаясь с обывателями, я развивал перед ними идею семейного призрения и старался убедить их в целесообразности применения новой организации как в интересах населения, так и самих душевнобольных. Аудиторию мою составляли врачи, земские деятели и вообще интеллигенция, а также и крестьяне, причем я пользовался всяким случаем, когда была возможность собрать более или менее значительное число публики — были ли это сельские крестьянские сходы, заседания сельскохозяйственного общества, училищного совета, санитарной комиссии и т. п. Некоторые из этих собраний были устроены специально для ознакомления слушателей с идеей семейных призрений. Общее впечатление, вынесенное мною из этих бесед, такое: врачи, земские деятели и большинство интеллигенции весьма сочувственно отнеслись к идее семейного призрения и выражали уверенность, что дело это может привиться и пойдет успешно. Многие выражали готовность пропагандировать эту мысль в населении, а некоторые и на деле уже сумели доказать свою доброжелательность моей миссии целым рядом услуг, например: устройством упомянутых собраний, приемом заявлений от крестьян, изъявивших желание брать к себе душевнобольных на прокормление и т. п.

Лишь незначительная часть землевладельцев выражала опасение, что поселение душевнобольных в какой-либо местности может угрожать тем или иным неблагополучием и, в частности, лишить дачевладельцев обычных доходов, так как дачи их будут пустовать, если поселятся вблизи их душевнобольные, хотя бы и спокойные.

Что же касается крестьянского населения, то оно к предложению брать к себе на призрение душевнобольных отнеслось вполне доброжелательно, хотя и не скрывало опасений за могущие быть последствия от близкого сообщества с душевнобольными, ссылаясь на то, что дело это новое и поблизости не было примера, чтобы душевнобольных отдавали крестьянам на прокормление подобно тому, как отдают питомцев от воспитательного дома.

Минуя подробности моих изысканий места для патронажа, я приведу полученные мною следующие данные:

1. Пригороды С.-Петербурга не являются подходящим местом для организации семейного призрения, как по характеру населения, далекого от патриархальности, так и вообще по жизни, ничуть не менее, если даже не более шумной, чем в самой столице, и по невозможно-

сти организовать правильный сельскохозяйственный труд для больных. Возможно, конечно, помещение отдельных лиц в семейном призрении и в пригородах, по особому положению, но допущение в них целой организации патронажа было бы большой ошибкою.

2. Вне Санкт-Петербурга, но в ближайшем от него расстоянии организовать семейное призрение также не представляется возможным ввиду того, что все близлежащие места в то же время являются и местами дачными или фабричными, а некоторые из них не могут быть использованы в указанном отношении, как места, близко расположенные к императорской резиденции.
3. Из всех осмотренных мною более удаленных от Санкт-Петербурга мест наилучшими и подходящими оказались два: в Ямбургском уезде, вблизи ст. Молосковицы Балт. жел. дор. и в Новоладожском уезде, близи ст. Войбокала Вологодской жел. дор. Та и другая местность находятся приблизительно в одинаковых условиях существования. Как до ст. Молосковицы, так и до ст. Войбокала 3–4 часа езды по железной дороге от Санкт-Петербурга; местность тут и там признается здоровой, нет там сколько-нибудь значительных фабрик и заводов. Часть жителей хотя и уходит в столицу на заработки (прислуги, извозчики), но значительное число населения занимается хлебопашеством. В той и другой местности население довольно густое и на сравнительно небольшом пространстве (15–18 верст) раскинуто более 20 деревень с количеством дворов более 700, при сравнительно удобном сообщении между собою по шоссе или грунтовой дороге. Вблизи той и другой железнодорожной станции имеется земская больница с земским врачом. Население в той и другой местности не особенно бедное, питается оно, по-крестьянски, удовлетворительно. Дома, мною осмотренные, просторны настолько, что в них может быть допущено помещение больных, и содержатся они довольно чисто.

Крестьяне той и другой местности выразили желание принимать к себе душевнобольных и только месячную плату за содержание больного в 8 рублей, как это было проектировано, считали недостаточной ввиду дороговизны съестных припасов.

Таковы были добытые мною данные, на основании которых можно было немедленно приступить к осуществлению новой организации.

Но, искренно желая обеспечить полный успех делу и в то же время не забывая того, что крестьяне еще не имеют и не могут иметь уверенности в том, что душевнобольные будут для них подходящими нахлебниками, что крестьяне все-таки высказывали опасение за могущие быть печальные последствия от близости к душевнобольным, а это, при малейшей случайности, может отозваться дурно на ходе всего дела, принимая все это во внимание, я полагал, что было бы целесообразно вначале сделать лишь опыт с поселением в той и другой избранной мною местности по небольшому

числу больных, напр., по 5 человек. Для наблюдения за ними на месте нужно командировать по одному лицу надзирательского персонала, а врач психиатр, которому будет поручено дело, может только временно приезжать туда, если его не вызовет надзиратель по какому-либо специальному поводу.

Выбравши для поселения наилучших из спокойных и трудоспособных больных, я желал наглядно показать населению, что высказываемые им опасения неосновательны, и такой опыт воочию должен убедить население не только в безвредности, но и в полезности нового предприятия. Опыт этот можно произвести в летние месяцы 1907 года, а осенью можно будет приступить к организации всего дела по предложенному плану.

15 мая 1907 года я представил доклад больничной комиссии, а 17 мая она сделала постановление о проведении опыта с устройством патронажа для 25 душевнобольных женщин в Ямбургском уезде. Вследствие такого постановления 28 мая 1907 года я отправил 5 душевнобольных женщин из Пороховского отделения больницы св. Николая Чудотворца в деревню Шуговицы Ямбургского уезда С.-Петербургской губ., находящуюся в 7 верстах от ст. Молосковицы Балтийской жел. дороги. Небольшая деревня — 20 дворов, расположена среди полей и лугов и небольших перелесков. По одной стороне улицы дома, по другой протекает ручей с чистой, вкусной и очень холодной родниковой водой. Население деревни наполовину русское, наполовину чухонское. Избы не богатые, но содержатся довольно чисто. За несколько дней до переезда больных отправлены были туда надзирательницы для ознакомления с крестьянами и для подготовки всего необходимого к приему больных. Когда привезли больных, тотчас же прибежали в квартиру надзирательниц женщины, которые хотели поместить у себя больных. Они с любопытством осматривали их и сами просили себе тех, которые им нравились. Две больные, сравнительно молодые, просили их не разлучать, и им дана была отдельная комната; остальные разместились в общем с хозяевами помещении, но в более чистом углу, где поставлены были их кровати за занавеской.

Крестьяне приняли больных с полным радушием и ласковой предупредительностью. Они были приятно удивлены, что больным даны были все необходимые вещи, как то: кровать, соломенник, подушка, постельное и носильное белье и платье, а также и обувь. Все вещи приняли хозяйки по счету, а подлежащие хранению бережно уложили в сундуки и ящики.

Из 5 больных две, уже старые и довольно слабые, отвыкли от каких-либо впечатлений, кроме впечатлений больничной жизни, и вначале недоверчиво отнеслись к своему новому положению, обе они боялись, что их будут заставлять нянчить детей и вообще работать. Но когда они увидели, что они свободны располагать собою, как хотят, то и они согласились, что здесь лучше, чем в больнице. 3 более молодые с восторгом отнеслись к своему новому положению. Одна всех уверяла, что она еще может работать,

говорила, что она скучала в больнице без деревенской работы, вспомнила свою деревню в Рязанской губернии, полевые работы, и удовольствию ее в деревенской обстановке не было предела. Две подруги говорили, что они «точно в царство небесное попали сюда, какой здесь воздух, как хорошо здесь!»

На другой день при визитации надзирательницы все больные сообщили, что они всем довольны, что их хорошо накормили. Уже 29 мая, т. е. на другой день, к надзирательнице начали являться крестьяне как дер. Шуговицы, так и из других ближайших деревень с просьбой записать их, что они также желают иметь у себя старух из больницы. Была заведена тетрадь, в которую и вносились фамилии крестьян, сведения об их семейном положении, размерах помещения и т. п. В дер. Шуговицы только немногие не просили себе больных.

31 мая, в воскресный день, больные пожелали идти с надзирательницей в церковь села Ястребина, отстоящего от Шуговицы в 1½ верстах. Старухи без затруднения прошли это расстояние и легко простояли обедню. Появление их в церкви не могло пройти незамеченным, посыпались вопросы надзирательнице, кто эти старушки, как они сюда попали и т. д., и в результате появилось много просьб «записаться на старух» и пожаловать для осмотра помещений в разные деревни.

В первые же дни надзирательница ездила по окрестным деревням и осматривала помещения, между которыми оказалось много подходящих для помещения больных. Везде ей задавали ряд вопросов, связанных с идеей патронажа, и все согласились, что это очень хорошее и полезное дело для города — освободиться от ненужных людей, да и деревне будет поддержка, как в средствах, так и в работе. До 5 июня было записано 50 мест.

В продолжение 1-й недели отношения между больными и крестьянами установились самые дружеские. Хозяева очень заботливо относились к своим жиличкам, обращались с ними вежливо и ласково. На питание больные не жаловались, и надзирательницы, посещая больных во время обеда, ужина и чая, могли убедиться, что стол был вполне удовлетворительный. Хороший воздух при удовлетворительном питании, при пользовании драгоценной свободой, все это вскоре уже возымело свое действие — вид у больных стал бодрее, самочувствие не оставляло желать лучшего. Физических заболеваний не было.

Следующая партия больных была доставлена 23 июня (5 чел.), потом 28 июня (4 чел.), 20 июля (4 чел.), 18 августа (5 чел.), 31 августа (5 чел.), 7 сентября (6 чел.), 2 ноября (5 чел.), 28 января 1908 года (2 чел.) и 5 марта (5 чел.), а всего было доставлено 46 человек. Взяты были больные из больницы св. Николая Чудотворца (7 чел.), из отделений больницы: Пороховского (5 чел.) и Екатерингофского (20 чел.) и из Новознаменской больницы (14 чел.).

На обязанность хозяев возложено: дать помещение больным, если есть, отдельное от семьи или общее, кормить их за общим столом, следить за опрятностью тела, наблюдать за целостью и чистотой белья, платья и обуви; больных, способных к труду, хозяева обязаны привлекать к работе, конечно, не путем угрозы или насилия. За это они, как сказано, получают по 10 руб. ежемесячно за каждую больную.

Ежемесячная плата по 10 руб. оказалась достаточною для тех домохозяев, которые ведут полное хозяйство — полевое и огородное и имеют необходимое количество домашнего скота. Помещают в одном доме по 2 и по 3 больных, следовательно, получение платы по 20 и по 30 руб. каждый месяц в значительной степени повышало экономическое благосостояние хозяев, и вполне естественно, что они стали дорожить своими постояльцами. Такой неизбежный в жизни каждого патрожанина акт, как перемещение больных от одного хозяина к другому, является для них нежелательным, неприятным, и они стараются устранять причины, дающие повод к перемещению.

Большинство крестьян поняли предъявленные им требования, касающиеся ухода и надзора за больными, и выполняли их добросовестно. Говорю «большинство», так как были отдельные случаи, где хозяева оказывались вполне неблагонадежными, и у них пришлось отбирать больных и передавать другим. Эти неблагонадежные оказались алкоголиками, из которых один даже заболел белой горячкой; другой из желания вновь получить больных бросил спиртные напитки, и отношение его к больным, которых ему вновь дали, стало уже иное.

Был случай, когда хозяйка, не уведомив надзирательницу, уехала в другую деревню, оставив своих 2 больных на произвол судьбы. Были и другие случаи, где надзор за больными отсутствовал, но это было в рабочую пору, когда вся семья уходила в поле и спешила исполнить работу возможно скорее, особенно в минувшее дождливое лето.

Надзор за больными наилучше осуществляется по отношению к тем больным, которые принимают участие во всех работах своих хозяев; работа эта сближает кормильцев и больных и делает эти отношения наилучшими.

Крестьяне должным образом оценили участие больных в их работах по хозяйству, совместная работа сблизила некоторых больных с хозяевами. Довольны были они и теми больными, которые, хотя не принимали участия в полевых и огородных работах, но оставались дома для присмотра за детьми и самим домом.

Из 46 человек, призревавшихся в течение 10 месяцев, разного рода работою занимались около $^{2}/_{3}$ призреваемых (30 человек). Из них работало всякую работу — дома, в поле, на огороде, возилось с детьми — 5 чел., занималось только домашнею работою и уходом за детьми — 15, шитьем и вязаньем — 10. Не желали работать — 2, не могли работать — 14 человек.

Нужно удивляться тому, как быстро хозяйки сумели примениться к особенностям характера больных и как умело они выработали в себе приемы в обращении с ними.

Здесь речь идет не только о сознательных, спокойных больных, но и о тех, психика которых резко нарушена.

Был случай, когда привезена была целая партия больных малосознательных. Хозяева были с ними необычайно ласковы, старались приучить их к себе, и ласка возымела свое действие: больные скоро привязались к своим хозяевам.

Вообще можно сказать, что к бессознательным крестьяне питают особенную привязанность, охотно принимают их к себе, и когда приходилось, по разным соображениям, возвращать их обратно в больницы, хозяйки при проводах целовали их, как родных, даже плакали.

Был такой случай, когда одна бессознательная больная, стремившаяся, под влиянием слуховых галлюцинаций, разыскивать своих детей, постоянно убегала из квартиры, ходила по деревне, говоря, что она ищет «своих». В последнее время ее пребывания в патронаже стремление к бегству так усилилось, что она ходила целый день, и удержать ее не представлялось возможности.

Ее все знали, дети относились к ней дружески, называли ее «баба Дарья», а она ко всем обращалась со словами: «родные мои, желанные». Ее безобидность и бессознательность создали ей благодушное и какое-то особенно бережное к ней отношение. Давно следовало ее отвезти в больницу, но хозяйка все время упрашивала ее оставить, она привыкла к ней и обещала особенно внимательно смотреть за ней.

Теперь в деревне все привыкли к душевнобольным и на некоторые странности в их поведении смотрят снисходительно; о чувстве страха к больным теперь нет и речи, между тем вначале, как крестьяне сами говорили, они не без робости ожидали приезда новых постояльцев. Крестьяне знают теперь, что каждая из больных может сделаться возбужденной, но страха к такому случаю ни у кого нет. Говорят они так: «ведь они не виноваты, что у них болезнь, что же делать, все под Богом ходим».

Уверенность в том, что больных не оставят у них во время возбуждения, заставляет их спокойно смотреть на эту возможность и исключает страх. Поэтому количество лиц, желающих поместить у себя душевнобольных, не убавляется, а все прибавляется.

Между тем были тяжелые случаи возбуждения с больными и вообще тяжелые случаи для ухода за больными.

Расскажу некоторые из них.

Слабоумная больная Им., 34 л. от роду, начала ухаживать за сыном своей хозяйки и проявлять ревность к другим женщинам; между прочим, свою сожительницу, другую больную, она побила палкой и требовала удаления ее из квартиры. Вскоре она начала гнать из дома и свою квартирную

хозяйку, так как желает остаться одна в доме с сыном хозяйки. Бедная старуха, рассказывая об этом, горько плакала. Больная проявила однажды такое сильное возбуждение, что вся деревня сбежалась на шум и крики больной.

С трудом удалось успокоить ее и отправить в больницу.

С больной Ус. 6 Августа случился мозговой удар. Она 10 дней пролежала без движения, приходилось ее много раз поднимать, следить за чистотой ее тела, кормить и т. д.

В больницу отправить было невозможно и по состоянию больной, и потому, что дорога была испорчена дождями. И вот, несмотря на массу труда, хозяйка ухаживала за больной безропотно, иногда проводя около нее и бессонные ночи.

Был и такой случай. В состоянии возбуждения, наступившем у больной Коз., некому было с нею справляться, кроме надзирательницы и хозяйки — глухой старухи. Все домохозяева были в поле. Больная ругалась, билась, у хозяйки руки оказались в синяках. Только к вечеру на выручку явился хозяин из поля. Так прошло несколько дней, покуда из Санкт-Петербурга была послана сиделка. И здесь нужно было удивляться и терпению, и кротости ухаживающей за больной хозяйки, которая должна была и ухаживать за больной, и обед для семьи готовить, и чистить белье для больной. «И ни слова ропота, ни раздражения! Вот где можно научиться терпению и выдержке», — замечает надзирательница в своем дневнике, который она ведет с первого дня жизни патронажа, отмечая в нем все более или менее важные явления.

И несмотря на эти неприятные осложнения в жизни патронажа, симпатии крестьян продолжают оставаться на стороне призреваемых у них душевнобольных.

Гораздо тяжелее для хозяев больные, хотя и сознательные, но требующие себе преимуществ и особых удобств.

Не нравятся хозяйкам и больные нравственно распущенные, хотя бы эта распущенность была только эпизодом хронической болезни. По поводу одного такого случая хозяйка заявила надзирательнице, что она не желает держать у себя такую больную, которая оскорбляла ее своею язвительностью и цинизмом.

Что касается самих больных в смысле приспособленности их к жизни патронажа, то всех их можно разделить на следующие 3 группы: в 1-ю входят такие, которые большую часть времени проводят дома за работой, входят в интересы семьи, участвуют в разных работах и довольно привязаны к своим хозяевам.

Так, старушка Меш. в деревне чувствует себя, как рыба в воде; она попала в свою родную стихию, работает и совершенно вошла во вкус и сроднилась с окружающей ее семьей. Хозяева тоже привязались к ней и говорят,

что если бы даже почему-либо город перестал за нее платить, то они не отпустят ее и оставят жить, как родную.

Другая группа — это гуляки, не живущие дома; летом они на прогулке в лесу, в поле, собирают ягоды, грибы. Они только думают о себе и своем удовольствии и хозяевам не только не помогают, но требуют себе почета и ухаживания за ними. Привыкнув в городских психиатрических больницах, где они живут годами, к известным удобствам, они считают себя в привилегированном положении. Это такие больные, которые могут коечто сшить или связать кружево, чулки, под руководством и по указанию надзирательницы, и за это их там награждают и лучшими кушаньями, лишними порциями кофе, и подарками на елку. Переводом их в патронаж им нанесена обида, начальство забыло их труды. Несколько таких больных оказались в общежитии очень тяжелыми и даже дурно влияли на других больных.

3-ю группу составляют больные, требующие особого надзора и ухода по своему психическому или физическому состоянию. Они очень нежелательны в патронаже, особенно в настоящий период его жизни, когда там еще нет врача и не организован приемный покой.

Для выяснения пригодности больных к жизни вне больниц, в патронаже, практически представляет интерес определение характера призреваемых больных. Всех их можно разбить на следующие группы: благодушных, совершенно спокойных, с более или менее ровным настроением, и таких было 26 чел. (56%), таких же спокойных, но изредка раздражающихся 5, тревожных, но легко успокаивающихся 2, неуживчивых 1, с характером независимым 3, сердитых, капризных, часто раздражающихся 9. Довольных своим положением в патронаже было 33, недовольных 10 и безразлично относящихся к своему положению 3.

Всех больных за 10 месяцев существования патронажа, как уже сказано, было 46. Большинство из них, а именно 37 (80,4%), имеют возраст свыше 40 л.; две призреваемых сравнительно молодые — 23 и 26 л., из них одна идиотка, другая слабоумная от рождения девушка, ни на минуту не разлучающаяся со своей душевнобольной матерью, и 7 в возрасте от 30 до 40 лет[8].

Только у 8 призреваемых наблюдались правильные менструации, у 4 они были неправильные и у 34 (74%) отсутствовали.

Между больными преобладали крестьянки, числом 18, и мещанки — 14, лиц привилегированного сословия (дворянки, жены и дочери чиновников) — 6; остальные — жена и дочь унтер-офицера, ремесленницы — 2, финляндки — 3 и 1 неизвестного звания.

---

[8] 23 л. — 1, 26 л. — 1, от 31 до 35 л. — 3, от 36 до 40 л. — 4, от 41 до 45 л. — 8, от 46 до 50 л. — 6, от 61 до 56 л. — 6, от 56 до 60 л. — 7, от 61 до 65 л. — 6, от 66 до 70 л. — 4 и от 71 до 75 — 1.

Что касается вопроса о пригодности к жизни в деревне лиц привилегированного сословия, то опыт показал, что большинство их уживалось порядочно, и лишь некоторые оказались непригодными. Большую роль здесь играют состояние сознания, бредовые идеи и т. п.

До своего душевного заболевания и до помещения в психиатрические больницы призреваемые занимались: 15 — домашним хозяйством, 6 — домашним и крестьянским, 3 — работали на фабрике, 9 человек были прислугою, 3 — портниха и белошвейки, 1 бывшая хористка, 2 без занятий, и относительно занятий 6 призреваемых ничего неизвестно.

Большинство были девицы, числом 20, вдов было 17, замужних 6, и брачное состояние 3 больных неизвестно. Грамотных было 25, неграмотных 18, грамотность 3 неизвестна. Православных 34 (74%), лютеранок 9 и католичек 3.

В Санкт-Петербурге родились 13 и вне его 33[9]. Постоянное местожительство имели в С.-Петербурге 25 чел., вне СПб. 12 и о постоянном местожительстве 9 чел. ничего неизвестно.

Большинство больных страдало различными формами слабоумия, а именно 34, что составляет около 74%[10]; периодическим психозом 3, истерическим 2, и по 1 больной с диагнозом melancholia, alcoholismus chron., paralysis progr. и 1 больная в периоде поправления от перенесенной болезни.

Наблюдение показало, что форма болезни не играет особенной роли в смысле приспособляемости призреваемых к жизни в патронаже.

Состояние сознания было ясное у 24 и неясное в различных степенях у 22. Бредовые идеи констатированы были у 21 и обманы органов чувств у 10 призреваемых.

У 67,4% (31 чел.) физическое состояние было удовлетворительное, и у 32,6% (15 чел.) неудовлетворительное. Хороший сон отмечен у 32, плохой у 7 и не всегда достаточный также у 7. Аппетит хороший у 39 и у 7 недостаточный.

Соматические заболевания наблюдались у 24 призреваемых, т. е. почти у половины; заразные болезни у 10 чел., между ними главное место занимает инфлюэнца (9 чел.), у некоторых она наблюдалась повторно; болезни мозга и нервной системы у 9 (головные боли у 4, обмороки у 2, кровоизлияние в мозг 1, эпилептоидный припадок у 1, нервная одышка 1; глазные болезни у 1, приступы сердцебиения у 2, маточное кровотечение у 1, болезни

---

[9] В С.-Петербурге — 13, в губерниях: С.-Петербургской — 2, Ярославской — 5, Курляндской — 3, в Финляндии — 3, в Тверской, Олонецкой и Московской — по 2, в губерниях: Рязанской, Смоленской, Варшавской, Черниговской, Минской, Орловской, Эстляндской, Новгородской и в Ростове-на-Дону по одной. Родина трех неизвестна.

[10] Dem. Secundaria 19, Dem. Senilis 8, Imbecillitas 4, Idiotismus 1, Dem. claes. cer. organica 2.

кожи (Erythaema) 1, печени 1, грудной железы (рак?) 1, водянка 1, отек ног 1, болезнь зубов 1, желудочно-кишечные расстройства 6.

Из 46 больных пришлось возвратить в городские психиатрические больницы 20 челов., что составляет 43%: по непригодности к жизни в патронаже 5, по физической болезни 6, по возбуждению 8 и по просьбе родных 1.

Кроме перевода, приходилось делать перемещения из одного дома в другой, а также на время помещать к надзирательнице в квартиру, где случайно оказалась свободною одна комната. Перемещений от одного хозяина к другому было сделано 20, в квартиру надзирательницы 7; перемещенных было 15 человек.

Причины перемещения к надзирательнице: возбуждение больных — 3 случая, по физической болезни — 2, по тоскливому состоянию 1 и по случаю отъезда хозяйки 1, всего 7.

Причины перемещения от одного хозяина к другому: неуживчивость больной — 6 раз, неудобство квартиры — 7, ссора больных с хозяйкой — 2, грубость и пьянство хозяйки 2, недостаток присмотра 1, отказ хозяйки держать больную, которая была распущена и цинична, 1, каприз больной 1, всего 20.

В зависимости от величины крестьянских помещений и по другим соображениям, в интересах призреваемых и их хозяев, больные были размещены то по одной в доме, и таких одиночек было 8, то по две, и таких домов 3, а в 4 домах помещены были по три больных. Там, где живет по 2 и по 3 больных для них отводится отдельная комната. Замечено, что в домах с поселением 2 и 3 больных их содержание лучше, чем в домах, где живут одиночки, что можно объяснить бóльшим количеством полученных хозяевами денег.

Что касается самих помещений в крестьянских домах, то, по-крестьянски, они могут быть признаны удовлетворительными. Если больные живут в одной избе с хозяевами, то постель их отгораживается или досчатой перегородкой, или же занавеской; таким образом, каждая больная имеет как бы свой уголок.

Помещения содержатся чисто и, что удивительно, в домах крестьян дер. Шуговицы нет даже клопов.

Недостаток, общий для всех крестьянских домов, — отсутствие теплых клозетов — чувствуется, конечно, всеми больными и особенно горожанками.

Еженедельно их моют в бане, белье на них всегда чистое.

Кормят больных вполне удовлетворительно, нередко дают и мясо, в пищевой режим входят также молочные кушанья, яйца и овощи. 3 раза в день дают чай или кофе с молоком.

Осенью и зимой, когда коровы убавили молоко, в некоторых домах и больные стали получать его меньше, но полного лишения молочного

питания не было. Ни разу мне не привелось слышать заявления больных на недостатки питания, а при своих посещениях патронажа я всегда об этом их спрашивал.

Кроме присмотра со стороны хозяев, за больными ведет наблюдение надзирательница, живущая в дер. Шуговицы. На ее обязанности лежит ежедневная визитация всех больных, размещенных теперь в 2 местах, в упоминаемой д. Шуговицы и селе Ястребине, отстоящем, как это было уже сказано, в 1½ верстах от Шуговицы. Надзирательница ведет наблюдения за больными, следит за их здоровьем и вообще благополучием; она следит за отношением к ним хозяев-кормильцев и дает им нужные указания, контролирует питание, труд больных, разрешает возникающие недоразумения и т. д., словом, регулирует жизнь больных, находящихся в семейном призрении. Она же в подходящих простых случаях заболеваний оказывает лечебную помощь, а в более серьезных обращается за советом к фельдшеру, живущему в селе Ястребине, или к земскому врачу.

Роль надзирательниц очень серьезна и ответственна, и важно было найти подходящее лицо для этого дела.

К моему удовольствию, существующая особа оказалась на высоте своего положения.

В то время, когда больные были размещены только в д. Шуговицы и их было немного, надзирательница могла справляться со своими обязанностями, но с увеличением числа больных до 25, с размещением их в двух селениях, когда между призреваемыми оказались лица, требующие особого надзора и ухода, когда их нужно было возвращать обратно в больницу, тогда привелось дать надзирательнице помощницу в лице сиделки.

Жалованья надзирательница получает 50 руб. в месяц при готовой квартире (за ее комнату уплачивается 10 руб.), а сиделка 15 руб.

Надзирательница ведет запись о каждой больной отдельно и особый дневник происшествий; она же раздает жалованье кормильцам и ведет денежную и инвентарную отчетность.

Вменяется ей в обязанность возможно часто уведомлять врача о течении жизни патронажа.

Я лично посещал патронаж вначале 2 раза в месяц, в последнее время, когда жизнь там вошла более или менее в колею, реже, но не менее 1 раза в месяц.

Всех моих посещений за 10 месяцев существования патронажа, а также во время моего 2-месячного отпуска замещавшего меня д-ра Н. К. Реймера было 15.

К неприятным сторонам жизни в патронаже нужно отнести так называемые «пивные» праздники, к которым за несколько дней крестьяне начинают готовиться: варить брагу, доставать водку, съестные припасы и т. п.

Праздники продолжаются 3 дня; всякие работы в это время прекращаются, да и после праздников не тотчас возобновляются. Во время этих праздников некоторые хозяева, несмотря на предупреждение, угощают и призреваемых водкой и пивом. Праздники эти шумные, сопровождаются они не только весельем, но и драками. В один из таких праздничных дней надзирательнице привелось собрать всех больных в саду около своей квартиры и продержать их несколько часов, пока не утих шум праздничного разгула. В другой раз одна из хозяек, в защиту своих постоялок, заперла наружную дверь избы и таким образом изолировала от незваных посетителей, разгуливавших по улице.

Отмечая такое явление, я думаю, что в будущем можно будет не без успеха повести борьбу с установившимся обычаем. Я питаю надежду, что крестьяне, в своих же интересах, уменьшат дозу хмельных напитков, и «пивной праздник» не будет беспокоить больных, пользующихся благодеянием семейного призрения.

А жизнь в деревне, при пользовании свободой, при прочих благоприятных условиях, несомненно на некоторых из больных уже сейчас отразилась вполне благоприятно, как со стороны физической, так и психической.

Позволяю себе иллюстрировать некоторыми примерами. Больная Ад. (Idiotismus) в короткое время своего пребывания в деревне резко изменилась к лучшему. В больнице, как это было нам сообщено, она не проявляла интереса к окружающей жизни, редко разговаривала, часто раздражалась, иногда рвала на себе белье и платье. Через 1½ месяца пребывания в деревне она стала разговаривать более сознательно, привыкла молиться перед обедом, принимала участие в домашней работе — мыла посуду, ставила ее на стол, играла с детьми, возила маленькую девочку в салазках по лужайке перед домом, спорила с другими детьми, проникаясь их интересами, но не ссорилась с ними. Она окрепла, пополнела и большую часть времени проводила в движении. Охотно она здоровается и сама первая говорит, что живет хорошо.

То же приблизительно нужно сказать об имбецилке Чист.; имбецилка Надя Б. стала оживленнее, разговорчивее, начала принимать участие в жизни семьи, помогает чистить картофель, моет посуду; интересовалась приготовлением к пивному празднику. Рассказывала хозяйке, как она жила у родителей. Будучи назначена к переводу в лучшее помещение к другому хозяину, заявила, что она никуда не пойдет отсюда, новой хозяйки не желает, она здесь привыкла. Все более и более развертывается сфера сознания больной, ранее мало обращавшей на что-либо внимание и считавшейся резко слабоумной. Был случай, когда надзирательница явилась в дом ее хозяев и просила хозяина передать хозяйке, которая отсутствовала, поручение по поводу перемены белья. Когда хозяйка возвратилась, ей обстоятельно это поручение передала больная, присутствовавшая при ви-

зите надзирательницы, но не принимавшая в этом разговоре никакого участия.

То же можно сказать и о больной Бл. и некоторых других слабоумных призреваемых.

Осложнения в жизни патронажа заключались, между прочим, в трудности ухода за возбужденными больными, вследствие невозможности дать им надлежащую обстановку за отсутствием приемного покоя.

Передвижение возбужденных больных из патронажа в городскую больницу сопряжено было с большими затруднениями, так как дорога от д. Шуговицы до ст. Монословицы не везде шоссирована, и приходилось избирать другой путь к железной дороге через ст. Веймарн, отстоящую по Балт. ж. д. на 20 минут езды дальше от С.-Петербурга, но зато от ст. Веймарн до патронажа дорога сплошь шоссирована.

Во всяком случае, в будущем, при устройстве центрального приемного покоя, куда будут доставляться больные из городских больниц и из патронажа, нужно будет найти поселение как можно ближе к станции ж. дор. и при хороших путях сообщения.

Из осложнений следует еще указать, что было 2 попытки больных к побегу, 2 заблудились, было 1 покушение на окружающих в состоянии возбуждения, 1 призреваемая часто убегала из квартиры под влиянием слуховых обманов и 4 призреваемые пили вино или пиво в указанные выше «пивные праздники».

Этим исчерпывается перечень неблагополучий, как видно, не очень значительный, особенно имея в виду неполноту существующей организации и, главным образом, отсутствие приемного покоя.

Что касается финансовой стороны, то здесь нужно привести отдельно расходы:

а)	по передвижению больных, перевозке их и больничного имущества; расходы по этой статье за 10 месяцев были равны	379 руб. 12 коп.
б)	жалованье и квартира надзирательнице и сиделке	690 руб. 14 коп.
в)	плата хозяевам	1878 руб. 68 коп.
г)	мелочные расходы	54 руб. 38 коп.
	Всего	3002 руб. 32 коп.[11]

Число всех патронажных дней было 6491, следовательно стоимость 1 дня будет равняться 46,25 к.; в месяц 14 р. 33 к. и в год 168 р. 82 к.

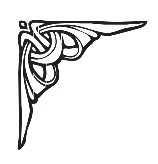
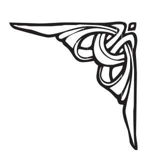
[11] Лекарство получалось из аптеки больницы св. Николая Чудотворца, и стоимость его не сосчитана.

Но такое вычисление будет ошибочно, так как в течение первых месяцев был неполный комплект больных; здесь нет расхода по приемному покою. Расходы по передвижению больных будут меньше, но прибавятся расходы на разъезды служебного персонала и т. д.

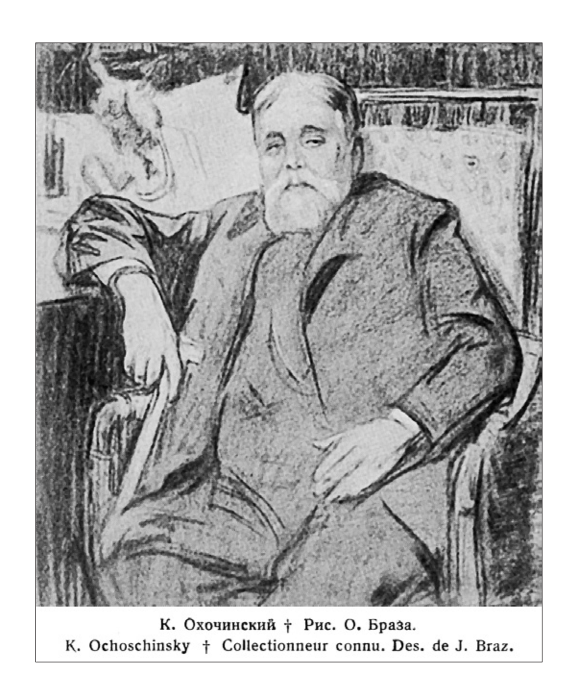
На основании изложенного я считаю себя вправе утверждать, что опыт с поселением душевнобольных в семьях крестьян удался.

Население ознакомилось с душевнобольными и привыкло к ним. Взаимные отношения между призреваемыми и хозяевами кормильцами установились правильные и доброжелательные. Больные получили хорошее положение при условиях деревенской жизни, пользуясь драгоценной свободой. Больницы освободили себя от 25 кроватей. Финансовая сторона дела оказалась в выигрыше.

Теперь остается ждать разрешения Городской Думы, чтобы приступить к началу полной организации, в полном ее объеме.

Константин Владимирович ОХОЧИНСКИЙ (1854–1916)


К. Охочинский † Рис. О. Браза.
K. Ochoschinsky † Collectionneur connu. Des. de J. Braz.

К. В. Охочинский был четвертым главным врачом в истории существования больницы св. Николая Чудотворца. Он, к сожалению, не оставил литературных трудов, и публикуемая работа с точки зрения библиографии представляет собой большую редкость (по сведениям О. А. Чечотта, ее тираж всего 150 экземпляров, и предназначалась она для больничной комиссии Городской Думы и других заинтересованных городских деятелей). Сама работа представляет собой административный ответ на результаты работы одной из многочисленных комиссий, посещавших нашу больницу. На наш взгляд, автор чрезвычайно верно и точно передает обстановку в больнице того периода, и она одна может заменить огромное количество сообщений прессы о различных событиях в больнице, связанных с травматизмом и другими происшествиями, вскрывая их объективные причины. Из текста данной работы мы узнаем, сколь энергично, «без страха и упрека» К. В. Охочинский защищал интересы больницы и ее сотрудников.

Печатается по изданию:

Охочинский К. В. Объяснения по докладу ревизионной комиссии о состоянии больницы господину попечителю больницы св. Николая Чудотворца. — СПб., 1910. — 32 с.

К.В. ОХОЧИНСКИЙ

Объяснения по докладу ревизионной комиссии о состоянии больницы

ГОСПОДИНУ ПОПЕЧИТЕЛЮ БОЛЬНИЦЫ СВ. НИКОЛАЯ ЧУДОТВОРЦА

Декабря 18 дня 1910 года

Вследствие резолюции, наложенной Вами на предложение с.-петербургской городской больничной комиссии от 23 ноября с.г., за № 5215, имею честь представить следующие объяснения по докладу ревизионной комиссии о состоянии больницы св. Николая Чудотворца, каковые объяснения были выработаны при обсуждении доклада во врачебном комитете больницы.

Из краткого исторического очерка, предпосланного докладу, видно, что больница устроена в здании, которое при своем возникновении имело совсем другое назначение и долгое время служило местом заключения. Все недостатки построек подобного типа, да еще николаевского времени, сохранились во всей полноте до сей поры и неизбежно заключают в себе роковые условия для развития отрицательных сторон лечебного учреждения. Между тем на этих отрицательных сторонах плюс переполнение больницы, в чем нисколько не повинна больничная администрация, зиждется, можно сказать, три четверти всех замечаний ревизионной комиссии. Но больница св. Николая Чудотворца была устроена в тюремном здании к 1873 году только до 315 человек (255 штатных и 60 пенсионеров), затем эта цифра была увеличена до 380 человек, и при таких количествах больница удовлетворяла с избытком требованиям площади и объема воздуха. Последовавшее с середины 1880-х гг. пренебрежение этим штатом обусловило начавшийся вслед за этим процесс прогрессирующей перегрузки больницы и послужило главной и даже, может быть, единственной причиной всех дальнейших несовершенств и бед больницы.

Правда, в 1891 и 1892 годах помещение для больных было увеличено, вследствие освобождения квартир смотрителя и нескольких младших врачей, живших до сего в главном корпусе больницы, а также вследствие открытия барачных отделений, и больница с этой добавкой новых палат могла уже вмещать в себя около 650 человек, каковое число и определило штат ее больных. Но в 1906 году без всякого расширения больничных помещений штатное количество больных было определено для самой больницы в 950, а вместе с Екатерингофским и Василеостровским филиальными

отделениями в 1225 человек, причем это увеличение штатного количества было проведено только в целях упрощения коммерческих расчетов и нисколько не соответствовало емкости больницы, не подвергшейся в этом отношении каким-либо переменам.

Таким образом, указание ревизионной комиссии, что 11 октября 1910 года (дата, почерпнутая из доклада) при количестве больных для самой больницы и двух названных отделений в 1501 человека переполнение больницы выражалось цифрой 276, неверно, и эта цифра должна быть изменена на 536[1]. При этом ревизионная комиссия напрасно указывает, что переполнение больницы могло быть устранено переводом, между прочим, 153 больных в Новознаменскую колонию; это указание комиссии напрасно, потому что все свободные места в названной больнице в течение всего года замещались больными от св. Николая Чудотворца по мере предъявления требований, и теперь, в половине декабря, свободных мест на Новознаменской даче более не имеется. Несмотря на все переводы больных в Новознаменскую больницу, несмотря на перевод 22 больных 15 ноября в деревенский патронат, сегодня, 15 декабря, в больнице св. Николая Чудотворца при количестве как в ней самой, так и в Екатерингофском и Василеостровском филиальных отделениях 1482 человек, перегрузка выражается цифрой 517, и это обстоятельство обусловливает собою то, что в ночь на сегодня более 100 больных мужчин и женщин должны были спать на полу. Ясно, что подобное переполнение есть уже бедствие, бедствие вопиющее, и в нем, повторяем, источник всех тех несовершенств и неустройств больницы, которые дали возможность ревизионной комиссии составить доклад в 59 страниц.

Переходя к рассмотрению замечаний этого доклада ревизионной комиссии, нужно прежде всего заметить, что для гг. ревизоров остался не совсем выясненным особый характер больницы св. Николая Чудотворца, обязанной принимать больных, как выше указано, не считаясь ни с каким установленным штатом; обязанной не только лечить и призревать душевнобольных, но и распределять их, по мере предъявляемых к ней требований, в другие городские больницы; обязанной обслуживать судебные инстанции, содержать испытуемых, больных психически арестантов и так называемых «статейных». Такое разнообразие функций больницы выражается в живом напряженном деле, многообразие которого не может быть зарегистрировано с достаточной точностью в канцелярском бумагопроизводстве.

Не усвоив особенностей больницы св. Николая Чудотворца, ревизионная комиссия в своем докладе часто приходит к неправильным выводам, ука-

---

[1] Цифра 536 составляется так: из 1501 надо вычесть 315 (количество больных в 2 филиальных отделениях), остается 1186, из этого вычесть 650 (нормальный штат больницы), остается 536 — цифра перегрузки, что составляет 82%.

зывая на разрозненные факты, не касаясь их взаимоотношения, а многое изложила фактически неверно.

Теснота помещений

В докладе отмечается запущенность ее отделений, но объяснений этому следовало бы искать не в небрежности служебного персонала, не в «злой его воле», а в том же крайнем переполнении больницы, при котором нельзя выделить помещения для дневного пребывания, и все палаты, битком набитые больными в течение целых суток, конечно, не могут содержаться в достодолжной чистоте. Но что эта запущенность все-таки не так ужасна, как ее изображает доклад, можно усмотреть из того, что главные с.-петербургской Городской Думы, посетившие прошлой зимой больницу, выражали даже удивление тому, что при тех невозможных условиях, в какие поставлена больница, удается поддерживать в ней ту степень чистоты, которая была ими отмечена при посещении больницы.

Амбулатория

Замечания относительно неприспособленности помещения амбулатории справедливы, но заменить его другим, более подходящим, нет возможности. Указание на неправильность учета амбулаторного врача в дежурствах по больнице, быть может, и справедливо, но амбулаторный врач принимает участие в дежурствах на основании распоряжения больничной комиссии.

Аптека

Переходя к рассмотрению замечаний ревизионной комиссии относительно больничной аптеки, нужно сказать, что если и существуют недочеты в этой стороне больничной жизни, то только такие, которые объясняются теснотой помещения, отсутствием кладовых, шкапов и других хранилищ; остальные замечания ревизионной комиссии, имеющие целью уловить все ту же преступную «злую волю», несправедливы, и мы смело заявляем, что рецепты всегда подписываются врачами, и все изменения в рецептах делаются с разрешения написавших рецепты врачей; управляющий аптекой никогда не заменял одного средства другим по собственному усмотрению; были случаи, крайне редкие, когда вследствие усиленного спроса какого-нибудь средства, превышающего его наличный запас, количество отпускаемого медикамента сокращалось, но только всегда и непременно с разрешения главного врача. Аспирин, пирамидон, тиоколь и некоторые другие патентованные средства по постановлению хозяйственного комитета заменяются в целях экономии препаратами, тождественными им по химическому составу; денатурированный спирт разрешено, в целях той же эконо-

мии, употреблять при составлении некоторых наружных средств; марля и бинты отпускаются стерилизованными, когда стерилизация указана в назначении врача. Необходимая отчетность в аптеке существует, и отчеты за 1908–1909 года имеются в конторе больницы.

Лаборатория

Замечания ревизионной комиссии относительно лаборатории совершенно не определяют действительного сего положения: так, по-видимому, комиссии осталось неизвестным, что в том же помещении устроена и психологическая лаборатория, инвентарь которой оборудован средствами самих врачей и в которой ведутся постоянные работы больничными врачами. Если бы ревизионная комиссия пожелала, она получила бы сведения, что работы ведутся и в анатомической лаборатории, что, например, в последнее время д-ром Бушковичем на основании исследований этой лаборатории составлена работа «К патологической анатомии психозов»[2] и что при лаборатории имеется достаточный и интересный музей мозгов, непрерывно пополняемый.

Кухня

Указание доклада ревизионной комиссии, что больничная кухня содержится грязно и неряшливо, имея помещение из 4 комнат, — неверно; под кухню отведена одна комната, в которой готовится пища на 1100–1200 чел.; при кухне нет кладовой, нет отдельного помещения для мытья грязной посуды, для чистки овощей. Немудрено, что результатом этих неблагоприятных условий неизбежно должна явиться неприглядность и запущенность кухни как помещения; но приготовление пищи, смеем заверить, не заслуживает упрека в неряшливости. Попечитель больницы еще в 1906 году входил с ходатайством, куда следует, об устройстве кладовых для кухни и расширении пекарни, но до настоящего времени никакого благоприятного решения не последовало.

Прачечная

На замечание доклада ревизионной комиссии о прачечной должно пояснить, что сушка белья производится в самой паровой прачечной в специально приспособленных воздушных шкапах, но таких шкапов недостаточно, и тяжелое белье — халаты, простыни из брезента — отправляются на прежнюю сушильню, служившую до 1907 года, когда была устроена паровая прачечная.

---

[2] См. «Обозрение психиатрии» 1910 г., № 2 и 3.

Секционная

По секционной и помещению, где хранятся трупы, нужно сказать, что их неудовлетворительность очевидна, и на неустройство их ассигнованы суммы. Котел для кипячения грязевых вод секционной был осмотрен фабричным инспектором и признан удовлетворительным, в чем составлен надлежащий акт. Считаем нужным прибавить, что протоколы вскрытий ведутся вообще обстоятельно и подробно по особой программе, составленной известным патологоанатомом д-ром Балыницким-Бируля.

Мужские и женские отделения

Описание ревизионной комиссии мужских и женских отделений далеко не исчерпывает тех тяжелых условий, которые до чрезвычайности затрудняют и делают прямо невозможной правильную организацию ухода за душевнобольными и их лечения. Но доказательством того, что кое-что и делается для облегчения страдания больных и для улучшения санитарного состояния больницы, служит ее устойчивость в периоды обострения холерной эпидемии за последние годы, вследствие каковой устойчивости вспышки холеры давали в больнице единичные случаи заболеваний и гасились энергичными домашними мерами, не разгораясь до степени пожара.

Равным образом, редко наблюдаемые за последние годы случаи флегмонозных, рожистых и др. подобного рода заболеваний указывают, что невзирая на все неблагоприятные условия, санитарное состояние больницы стоит на некоторой положительной высоте и не спускалось ниже нуля на шкале требований санитарии.

Один туберкулез составляет неискоренимое бедствие больницы, борьба с которым невозможна и которое повышает % ее смертности[3].

Что касается внешнего санитарного состояния больницы, то в акте осмотра, произведенного в октябре 1909 года особой комиссией в составе: полицеймейстера полковника Григорьева, попечителя больницы, окружного санитарного попечителя, участкового пристава, полицейских и санитарных врачей, при участии администрации больницы, сказано, «что вообще двор больницы по чистоте, порядку и общему благоустройству произвел на членов комиссии весьма благоприятное впечатление».

По отдельным указаниям относительно мужских и женских отделений должно заметить: 1) что боковики у кроватей для эпилептиков на 3-м мужском отделении достаточно закреплены и устроены так, что больной снять их не может, и таких казусов в действительности до сих пор не было;

---

[3] Сомнительно, чтобы высокий % смертности мог зависеть от связывания и изоляции больных. Эта странная зависимость, отмеченная в общих заключениях доклада, совершенно неожиданна и может вызвать недоумение.

2) случаев, когда бы «больные взбирались на стенки изолятора, спрыгивали оттуда и при падении получали бы повреждения» — не было, и на основании каких, т. е. откуда почерпнутых сведений указывает на это доклад ревизионной комиссии, совершенно непонятно; 3) на 3-м женском отделении изоляторы запираются не на ключ, а задвижками и 4) для разрежения 2-го женского отделения приняты все возможные меры, но переполнение за его счет 1-го и 3-го женских отделений врачебным комитетом признано невозможным.

Касательно замечаний об уходе за больными должно отметить, что имевшиеся в распоряжении гг. ревизоров данные вряд ли позволяли им сделать заключение, будто расписание смен прислуги составлено скорее в интересах прислуги, чем больных; смеем заверить, что при составлении этого расписания интересы больных ставились на первый план и что этим расписанием больница живет уже много лет.

Указание доклада, что во время обеда и ужина больных присутствует не весь состав дежурной прислуги, неверно, ибо как раз в эти моменты больничной жизни весь состав дежурной прислуги находится налицо.

Относительно контрольных часов должно заметить, что они в течение многих лет употреблялись в больнице, но затем, как неудовлетворяющие своему назначению, были упразднены, и сожаление о них гг. ревизоров, таким образом, противоречит опыту больницы.

Уход за больными

Только при совершенной неосведомленности о характере работы прислуги по уходу за душевнобольными можно заключить, что деятельность ее в больнице св. Николая Чудотворца «не может считаться особенно интенсивной и ответственной» (слова доклада). Скученность больных в отделениях с количеством больных до 250 чел., с невозможностью осуществить какую бы то ни было их дифференциацию, помещение в одном и том же отделении слабых, беспокойных, агрессивных и статейных больных требуют напряженного внимания и бдительности со стороны прислуги; немудрено, что этим создается обстановка, откуда после многочасового дежурства «выходишь как одурманенный» (подлинные слова многих из числа прислуги). И поистине можно удивляться, что люди неинтеллигентные, скудно вознаграждаемые, поставленные в плохие условия быта, в большей своей части внимательно и добросовестно относятся к исполнению своих обязанностей, доказательством чего служит сравнительная редкость служебных их проступков. Таким образом, вышеприведенное заявление ревизионной комиссии о характере служебной деятельности прислуги, а равно об ее распущенности, должно считать совершенно необоснованным, как будто бы тенденциозным и по меньшей мере несправедливым. Если бы гг. ревизоры приняли в соображение, что в больнице за последние года не было

несчастных случаев с больными, а жертвами выдающихся актов насилия являлись, главным образом, лица младшего служебного персонала, они вынесли бы, быть может, другое впечатление о службе персонала.

Занятия больных

Относительно организации занятий больных должно отметить, что вследствие постоянного перевода спокойных больных, из коих формируются кадры работоспособных, в другие филиальные отделения, в лечебное учреждение д-ра Маляревского и, главным образом, в Новознаменскую колонию, в больнице налицо имеется ограниченное количество работоспособных больных. Организовать правильные работы при невозможности дать особые помещения под мастерские, при скученности больных, представляется, как это понятно всякому, невозможным; приходится удовлетворяться пилкою дров, которой занимаются изъявившие на это желание спокойные больные мужчины, теми работами, которыми занимаются в столярной, слесарной и сапожной мастерских больные весьма немногочисленного VI отделения, и теми швейно-рукодельными работами, которыми занимаются спокойные больные на I и II женских отделениях.

Вообще же замечание доклада ревизионной комиссии по отношению организации работ вызывают некоторую степень недоумения; такое же, а может быть и большее недоумение вызывает указание на отсутствие картинок, вышивок и цветов в помещениях для больных. В самом деле, не покажется ли другим обследователям больницы чистейшей маниловщиной, или еще хуже — стремлением отвести глаза забота о картинках, вышивках и цветочках при недостатке кроватей, скамеек и столов для еды? Недоумение вызывает также замечание, что ревизоры на II мужском отделении усмотрели только одного больного, читавшего газету. Если это наблюдение было произведено в то время, когда большинство больных отсутствовало, гуляя в саду, оно, быть может, и справедливо, но в другое время гг. ревизоры могли бы заметить гораздо большее число читающих, играющих в карты, шашки и шахматы. Некоторые больные занимаются даже обучением грамоте других больных, в чем им оказывается всяческое поощрение. Относительно развлечений больных должно заметить, что таковые устраиваются обычно на I женском отделении, где имеется более обширная зала. На эти развлечения допускаются, по выбору врачей, и больные мужчины.

Регистрация

По поводу подробной и разнообразной регистрации, долженствующей, по мнению ревизионной комиссии, быть введенной в больнице, следует заметить, что регистрация, вполне удовлетворяющая потребностям боль-

ницы, имеющая оправдание в долголетнем опыте, в больнице существует, но если гг. ревизоры предложат новые формы регистрации и больничная комиссия их одобрит, то больничной администрации, конечно, придется принять к исполнению.

Но только рождается вопрос: при осуществлении такой подробной и разнообразной регистрации не превратятся ли врачи в департаментских столоначальников, а надзиратели в канцелярских служащих?

Продовольствие больных

Что касается замечаний ревизионной комиссии о недостатках продовольствия больных, мы можем сказать, что администрация больницы принимает меры к возможно лучшей постановке этого дела в больнице. С этой целью сосуды, в которых разносится пища по отделениям, запираются на замки в кухне: на отделениях у надзирателей имеются вторые ключи от этих сосудов, по открытии которых пища пробуется врачами и качество ее отмечается в особо заведенных для этой цели книжках. Обзор этих заметок показывает, что обед почти всегда удовлетворителен, ужин же оставляет желать лучшего.

Вообще же на неполную удовлетворительность питания больных влияет недостаточность, при существующей дороговизне, отпускаемых на суточное довольствие каждого больного 24 коп., а также большое количество находящихся в больнице слабых больных, требующих усиленного и улучшенного, посредством назначения экстра-порций, питания, что обходится несравненно дороже 24 коп.

Необходимость назначения экстра-порций значительному количеству больных имеет своим неизбежным последствием то, что на остальных больных приходится для суточного довольствия уже не 24 коп., а меньше.

Переходим к дальнейшим объяснениям на замечания ревизионной комиссии в порядке изложения их в докладе и прежде всего на замечания относительно приема, лечения и режима больных.

Прием, лечение и режим больных

Вновь поступающие больные в самый день своего поступления исследуются только дежурным врачом.

Если принять во внимание, что наибольшее количество поступлений приходится в те часы, когда пользующие врачи, закончив свою очередную работу в отделениях больницы (между 1 и 3 часами пополудни), уже разошлись по домам, в большинстве своем отстоящим на далекое от больницы расстояние, то понятным становится, что исследование, расспросы и запись вновь поступающих могут производиться только дежурным врачом; пользующие же могут записывать и исследовать своих больных, только начиная со второго дня их поступления в больницу.

Если принять далее во внимание, что скорбные листы имеют своей целью отражение не здоровья, а болезни, то понятным становится и то обстоятельство, что в случае отсутствия у душевнобольного осложнений со стороны соматической сферы не является надобности и в поименном перечислении всех органов последней. В этих как раз случаях и появляются в скорбных листках те «суммарные» записи, которые обозначены в докладе ревизионной комиссии в качестве неудовлетворительных, напр.: «физически здоров» или «признаков поражения нервной системы не имеется» и т. п. По понятным причинам больные органы интересуют врачей по преимуществу.

Недостаточность или даже отсутствие в большинстве скорбных листков данных анамнеза объясняется особыми условиями, в которые поставлена больница св. Николая Чудотворца.

Между тем как психиатрическая клиника не принимает в число пациентов лиц, не снабженных подробными сведениями об их прошлом; между тем как городская психиатрическая больница св. Пантелеймона и Новознаменская получают своих больных из той же больницы св. Николая Чудотворца с уже определившимся диагнозом и данными относительно клинической картины болезни, — сама больница св. Николая Чудотворца является вынужденной принимать своих больных, руководствуясь простою формальностью. Согласно предписанию градоначальника, каждый подозреваемый в наличии у него душевного расстройства должен быть принят в эту больницу, если только он доставлен туда полицией с соответствующим протоколом. Поступающие таким образом больные составляют до 90% всего количества пациентов больницы.

Разумеется, в протоколах полиции данные анамнеза в подавляющем большинстве отсутствуют. В них в полуграмотной форме сообщаются лишь непосредственные причины задержания больных и последующего их доставления в больницу. В настоящее время признано излишним даже голое удостоверение факта душевного заболевания доставляемых, которое раньше производилось полицейским врачом (Alienatio mentis). Мало того, принимающий больных дежурный врач не может иной раз добиться сведений даже об имени и фамилии доставляемых и вынужденным является обозначать их в качестве «мужчин» или «женщин неизвестного звания». Лишь впоследствии, и то не всегда, появляются в больнице родственники или знакомые неизвестных, которые устанавливают их личность. При такого рода условиях трудно, конечно, записывать в деталях данные «о прошлой жизни больного», «о прошлом его заболевания», «о наследственности» и о тому подобном, недостаточность которых ставится ревизионной комиссией в упрек больнице.

Здесь следует добавить, что в целях возможно более подробной записи анамнеза больных врачебным комитетом больницы выработаны и отпечатаны затем на особых бланках вопросные пункты, которые в подходящих

случаях представляются навещающим больных лицам. Представлять их относительно каждого больного не представляется возможным ввиду того, что посетители больницы в подавляющем большинстве состоят из того же малограмотного или даже вовсе неграмотного пролетариата, из которого состоят и ее пациенты. Кроме того, и интеллигентные посетители далеко не всегда сообщают просимые у них сведения, ссылаясь на давность разлуки с больным, на значительность отделяющего их друг от друга расстояния, на невозможность проверить носившиеся о больных слухи и на тому подобное.

Что касается вопроса о редкости появления в скорбных листках «обстоятельного и полного клинического исследования», то обусловливается она следующими обстоятельствами.

Во-первых, тем, что исследование это входит в задачи не больничного, а, скорее, клинического учреждения, которое уже по самому характеру своему является ученым и педагогическим. В такого рода учреждении больных обыкновенно бывает мало, состав их меняется редко, средств, необходимых для покупки разного рода приборов и аппаратов, сколько угодно, и пользующий врач без помехи может производить интересующие его исследования по частям, сегодня одну часть, завтра другую и т. д., пока оно не будет закончено, и выполнить, таким образом, намеченную его профессором программу.

В иные условия поставлена больница св. Николая Чудотворца. Каждый врач, приходящий к себе в отделение, ежедневно сталкивается здесь, прежде всего, с новыми больными из числа или вновь поступивших в больницу в часы его отсутствия в ней (после предшествовавшей визитации), или переведенных к нему в этот период времени из прочих ее отделений. Разумеется, прежде всего он должен познакомиться с ними, как с совершенно ему неизвестными, и потратить на них то время, которое врач-клиницист долго тратит на одного и того же больного; он затем должен принять меры против переполнения новыми больными того отделения, в котором он работает, путем перевода не вполне соответствующих этому отделению лиц в прочие отделения больницы, напр., успокоившихся из буйных отделений, возбудившихся в эти последние, ослабевших в барачные отделения и т. д. Он, наконец, должен в интересах усиленного выполнения наиболее важных в больничном учреждении обязанностей — административных — быть все время au courant жизни и быта отделения и с этой целью тратить свое время не столько на просиживания во врачебном кабинете за составлением скорбных листков, сколько на обходы самого отделения и на массовые наблюдения больных и беседы с ними. Предупреждение несчастных случаев достигается таким путем гораздо успешнее.

Помимо чрезмерной в больнице св. Николая Чудотворца быстроты движения ее пациентов, самый состав их играет немалую роль. Не говоря уже об арестантах, испытуемых относительно состояния их умственных

способностей, число которых в 1,5 раза превышает ныне цифру, установленную соглашением с тюремным ведомством, в больнице св. Николая Чудотворца призреваются также лица, постановлением суда по 95 и 96 статьям направляемые в психиатрические заведения. Раньше лица эти размещались во всех городских больницах, напр., в больнице св. Пантелеймона, но в настоящее время, согласно постановлению больничной комиссии, они призреваются почти исключительно в больнице св. Николая Чудотворца. Известные в общежитии под кличкою «хулиганов», лица эти (в большинстве своем неуравновешенные, дегенеративные алкоголики) крайне неохотно подчиняются больничному режиму и дисциплине, часто вступают между собою в заговоры в целях совершения бегства из больницы или нападения на больничных служащих и стараются через посредство посещающих их родственников или знакомых раздобыть себе опасные или вообще нежелательные в больнице предметы, каковы, напр., ножи, пилки, водка, яды и т. п. Они в значительной мере отвлекают внимание врачей.

Несмотря, однако же, на сказанное, многие скорбные листки, выходящие под флагом больницы св. Николая Чудотворца, давно уже даже за пределами ее территории снискали ей почетную известность. Мы разумеем заключения о состоянии умственных способностях испытуемых. Не только судебные деятели, но и представители клиники, напр., приват-доцент Останков, публично заявляли, что на эти заключения больницы св. Николая Чудотворца они обращают преимущественное свое внимание, причем аргументировали свои слова «полнотой, обстоятельностью и доказательностью» листков, т. е. как раз теми самыми качествами, отсутствие которых ревизионная комиссия ставит больнице в упрек.

Что листки эти являются удовлетворительными не только в качественном отношении, но также и в количественном, доказывает нижеследующая табличка, основывающаяся на данных только последних четырех лет.

Представлено в окружной суд медицинских заключений в 1906, 1907, 1908 и 1909 гг.:

Год	**Об испытуемых в арестантском отделении больницы, доставлен. из мест заключения**	**Об испытуемых в общих палатах, доставлен. из полиц. участк.**	**Об испытуемых, кои находятся в местах заключения**	**Об испытуемых амбулаторных**
1906	27	7	–	–
1907	39	8	–	–
1908	38	12	2	–
1909	30	9	5	9
Итого:	134	36	7	9
Всего:	186			

Обращаясь затем к рассмотрению заявления ревизионной комиссии об «ограниченном» употреблении больными фармацевтических средств, следует заметить, что оно не только не соответствует действительности, но и противоречит самою же ревизионною комиссиею констатированному факту роста аптеки. За 1909 год, в течение которого ревизионная комиссия выполняла в больнице свою работу, в больничную аптеку поступило 198 912 рецептов, составленных отделенскими врачами (в это число не входит 39 292 рецепта, поступивших в аптеку из амбулатории). Не соответствует действительности также сделанное ревизионной комиссией обозначение количества лекарств, употребляемых больными в разных отделениях больницы; так, напр., по указанию комиссии, из 117 больных III мужского отделения только четверо пользовались лекарствами, между тем как в действительности в августе 1909 года, когда комиссия ревизовала названное отделение и выставляла вышеуказанную цифру, количество это ни разу не являлось меньшим 35. Что это так, можно доказать бывшими в распоряжении комиссии отделенскими книгами (в одних ежедневно выставляется общее количество пользуемых фармацевтическим препаратами больных, в других приведены фамилии пользуемых). Сюда не вошли еще назначения разного рода симптоматических средств: аспирина, фенацетина, пирамидона, хинина, бромидов и других средств, которых запас хранится в отделениях в особых (аптечных) шкафах. Все эти средства назначаются врачами при осмотре больных во время обходов.

Более справедливым является другое замечание комиссии — об ограниченном применении в отделениях терапевтических ванн.

Во всей Коломенской части С.-Петербурга, где расположена больница св. Николая Чудотворца, сила напора водопроводной струи настолько невелика, что последняя далеко не всегда достигает высоты 4-го этажа, в котором расположены оба буйных отделения больницы. Воды здесь не хватает даже для ванн гигиенических, т. е. для целей простого омовения неопрятных. В 3-м этаже, где находятся полуспокойные отделения, воды достаточно, но здесь зато и количество больных превышает 200 в одном и 250 в другом отделении, а поэтому неопрятных между ними еще больше, нежели в буйных отделениях. Нуждающиеся в лечебных ваннах больные этих отделений посещают в этих целях больничную водолечебницу. Что касается пациентов четвертых отделений, то в силу различных соматических осложнений применение здесь терапевтических (продолжительных) ванн может производиться лишь с крайней осторожностью. Здесь следует добавить, что лечебные ванны, как это само собой разумеется, требуют значительного количества служителей и сиделок, между тем сама же ревизионная комиссия настаивает не на увеличении, а на сокращении штата служительского персонала больницы.

Переходя к рассмотрению затронутого ревизионной комиссией вопроса о применяющихся в больнице св. Николая Чудотворца мерах стеснения

(изоляция, камзол), следует прежде всего отметить факт неверного указания комиссии, будто меры эти уже лет 70–80 тому назад оказались осужденными наукой.

Так, например, директор психиатрической клинике в Базеле, профессор Вольф в статье своей, вышедшей не 70, а всего лишь год тому назад, иначе говоря, в самый год ревизии больницы (см. в Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie 1909, Bd, 66, проф. Wollf'a «Zur Fragen der Behandlung der unruhigen Geisterkranken». S. 1005–1016), предостерегает от высказываемого ныне ревизионной комиссией взгляда, который он называет «однобоким», «догматическим» и даже «имеющим спортивный характер». Он доказывает, что меры стеснения исключаются «лишь по мере возможности»; что склонности некоторых буйных больных к самоистязанию (вырыванию, например, глаз и яичек) должны «подавляться механическим путем», что даже двигательные признаки возбуждения у слабых душевнобольных «дают право на их камзолирование». В противном случае «соблюдение буквы правила о нестеснении может обусловить собою потерю больными того или иного органа или даже самой их жизни». Он удостоверяет далее, что «верный способ успокоения беспокойных наукою еще не определен», и что поэтому «насильственные меры их успокоения необходимы». Он объясняет, что «одно уже отправление больного в психиатрическую лечебницу есть мера стеснения», так как совершается помимо его воли. Таково же и помещение его в палатах поднадзорной и изоляционной. Такими же мерами стеснения он считает и влажные обертывания и рекомендуемые ревизионной комиссией лечебные ванны. «Ванны эти», говорит он, «только подготовка к применению постельного режима, и если больной не поддается к словесному успокоению и предложению лежать в постели, то, конечно, он не согласится добровольно войти и в ванну и долгое время пробыть в ней». Он должен быть поэтому удержан в этой последней «или крышкой, или сеткой, или простыней, или, наконец, просто руками служителей», т. е. подвергнуться опять-таки мере стеснения. Вообще, заключает Вольф, «пользование душевнобольных без мер стеснения невозможно». Он обращает также внимание на частое отсутствие в распоряжении директора психиатрической больницы необходимых денежных средств. Сам он уже 20 лет не может провести в своей клинике какой-либо реформы. Ввиду сказанного он не перестает применять меры стеснения. Влажные же обертывания и лечебные ванны, по его мнению, неудобны, во-первых, потому, что они неприменимы ко многим больным с соматическими осложнениями, ибо вредно влияют на эти последние, а во-вторых, и потому, что они дороги, ибо и сами требуются в большом количестве, а главное, требуют еще большего количества нанятого служебного персонала.

Что мнение проф. Вольфа не является в науке одиноким, можно доказать ссылкой на знаменитого воспитателя многих поколений психиатров профессора Крафт-Эбинга, который не только применял в своей клинике меры

стеснения, но даже сам изобретал их, притом против попыток даже не на самоистязание, а на простое онанирование. Скончался проф. Крафт-Эбинг менее 10 лет тому назад.

Не является абсолютным противником применения мер стеснения и проф. Крепелин.

В руководстве своем, переведенном врачами больницы св. Николая Чудотворца на русский язык, он говорит буквально следующее: «однако, в особенности в заведениях, недостаточно благоустроенных и переполненных, бывают больные, к которым нельзя применить постельного режима и которые вследствие крайнего беспокойства и буйства не могут быть оставлены в обществе других больных без серьезной опасности для самих себя и для окружающих. В таких случаях по необходимости приходится прибегать к изолированию в отдельной запертой комнате, по возможности, при беспрерывном наблюдении снаружи».

Несколькими строками далее Крепелин пишет: «изолирование при всех обстоятельствах составляет зло, но его не всегда можно избежать, в особенности ночью, для охранения больных, требующих покоя, от их шумливых соседей».

Переходя к обсуждению мер механического стеснения больных, Крепелин на следующей странице говорит: «в тех случаях, когда строгое проведение системы No-restraint'а может вызвать больший вред, чем даже насильственное стеснение больного, как это имеет место при тяжелых хирургических заболеваниях, иногда также при путешествии с очень опасными и возбужденными больными, — насильственные меры вполне оправдываются и с человеческой и с врачебной точки зрения».

Еще через несколько строк Крепелин пишет: «наконец, при действительно большой опасности следует немедля надеть и рубаху» (см. Kraepelin. Психиатрия. Учебник для студентов и врачей. Часть первая 1898 года, стр. 264–265).

Что взгляды Крепелина не претерпели в настоящее время какого-либо изменения, доказывает последнее издание его руководства в переводе врачей Покровской земской психиатрической больницы (см. Крепелин. Учебник психиатрии. Москва, 1910 год, стр. 405–407): он указывает здесь на «серьезные препятствия» к устранению изоляторов, какими он считает «значительные затраты» на «достаточное количество врачей и служительского персонала», необходимость «широкой возможности назначения ванн днем и ночью», наконец, «обстановку», окружающую больных. Что касается мер механического стеснения, то, являясь принципиальным их противником, Крепелин оговаривается все же, что «тогда несомненно выступает право человека и врача применить стеснение, когда недостаточное проведение обратного метода было бы вреднее, чем стеснение свободы больного, когда, напр., жизнь больного находится в опасности».

К сказанному следует добавить, что делегат, командированный больницей св. Николая Чудотворца на последний международный съезд психиатров в Берлине в сентябре текущего года, воспользовался этим случаем, чтобы осмотреть образцовые психиатрические берлинские больницы, и имел возможность констатировать широкое применение там мер стеснения, например, изоляторов (с голыми больными), например, простыней с завязками, при помощи которых больные насильственно удерживаются в ваннах, и т. п.

Отметим, наконец, что за последнее время на Западе начинают раздаваться голоса, недвусмысленно указывающие на пользу применения тех именно мер стеснения, какие издавна практикуются в больнице св. Николая Чудотворца. Так, например, в одном из научных собраний психиатров и невропатологов города Дрездена (в октябре текущего года) Ganser в целях успокоения беспокойных рекомендовал под именем «упаковывания больных в одеяла» те самые сухие их обертывания, какие под видами камзолирования и пеленания существуют и в нашей больнице. Возражений своему взгляду Ganser не встретил между коллегами, наоборот, единомышленники у него нашлись. Один из них (Hüfler) заявил, что он уже 5 лет практикует этот способ и очень им доволен, т. к. теперь у него нет уже неоходимости прибегать к помощи наркотических веществ (см. в Neurologisches Centrralblatt 1910 г. 16 ноября № 22 в отделе Versamlung Mittelheutscher Psychiater und Neurologen in Dresden 1910, статью на стр. 1273–1280 «Über die Behanglung unruhigen Geisterskranken»).

Вышеприведенные выдержки и ссылки доказывают, что, вопреки мнению ревизионной комиссии, вопрос о применении мер стеснения отнюдь еще не является решенным, притом в смысле его осуждения. Наоборот, пока еще он является спорным, имеющим не только своих противников, но также и защитников. Более, нежели членам ревизионной комиссии, приходится верить представителю науки, когда он говорит, что «верный способ успокоения беспокойных наукою еще не определен» и что поэтому «насильственные меры их успокоения необходимы».

Врачи больницы св. Николая Чудотворца считают глубоко поучительным то обстоятельство, что даже представитель науки в заведуемой им клинике прибегает к мерам стеснения, коль скоро он ставится в условия, соответствующие условиям больницы св. Николая Чудотворца (20-летняя невозможность провести необходимые реформы в виду отсутствия денежных средств). Конечно, врачи больницы смотрят на меры стеснения не как на идеал лечения душевнобольных, а как на зло, но они полагают, что при только что названных условиях меры эти являются неизбежными. Они полагают далее, что помимо влажных обертываний и ванн так называемое «внутреннее или химическое камзолирование больных», иначе говоря, оглушение их наркотическими веществами, отнюдь не может считаться средством более рациональным, нежели камзолирование наружное, и такое свое заключение считают оправдавшимся на опыте.

Что касается замечания ревизионной комиссии о возможности избегать связывания больных даже при большей скученности населения, нежели в больнице св. Николая Чудотворца, то оно голословно, т. к. не сопровождается наименованием хотя бы одной больницы в России, которая была бы более переполнена, нежели наша. Здесь больным не хватает ни палат, ни коек, ни даже тех деревянных лавок и скамеек, на которых они сидят в часы принятия пищи. Достаточно сказать, что в одном лишь II мужском отделении количество больных, сидящих на полу, превышает цифру 80, а во II женском доходило даже до 100. Больные стеснены в самом главном, в самом элементарном — в размерах своего помещения. Где же, спрашивается, найти тут место для большого количества ванн, потребных для значительного количества возбужденных? Где разместить еще большее количество служителей, необходимых для удержания в ваннах больных?

Нельзя обойти молчанием и того замечания ревизионной комиссии, согласно которому физический труд и занятия применяются в больнице св. Николая Чудотворца «в ограниченных размерах и не систематически», что, по мнению комиссии, доказывает отсутствие здесь «здоровой руководящей идеи». Возражая на эти замечания, следует повторить высказанное уже раньше, что 1) большинство физически сильных и работоспособных больных переправляются больницей св. Николая Чудотворца частью в Новознаменскую больницу, частью в больницу св. Пантелеймона и в сумскую лечебницу доктора Маляревского, 2) что в больнице св. Николая Чудотворца не хватает места даже для спанья больных и, следовательно, еще менее представляется возможностей к расширению помещения существующих здесь мастерских и, наконец, 3) что вне пределов этих мастерских опасным представляется снабжение больных орудиями труда, ввиду возможности попадания их в иные руки, где они оказываются уже орудиями нападения, самоубийства или самоистязания. При чем тут отсутствие разумной руководящей идеи?

«Неудивительно», заключает ревизионная комиссия, «что при такого рода условиях в больнице св. Николая Чудотворца в 1908 году % выздоровления равнялся только 1,7».

Что условия, в какие поставлена больница св. Николая Чудотворца, действительно вопиющие, врачи последней не перестают указывать в течение целых 20 лет. При всем том нельзя не отметить, что в разных психиатрических заведениях оценка понятия о выздоровлении является неодинаковой. В частности, в больнице св. Николая Чудотворца проводится резкая разница между понятиями «выздоровевший» и «поправившийся». При соединении, по примеру некоторых психиатрических больниц, этих двух понятий воедино % выздоровления в больнице св. Николая Чудотворца значительно превысил тот, который дан ревизионной комиссией, несмотря даже на особо неблагоприятные условия больницы.

Быть может и даже несомненно, что в настоящее время % выздоровления окажется еще ниже, чем определили его гг. ревизоры, ибо на понижение должен оказать влияние практикуемый с конца 1908 года перевод острых, т. е. подающих надежду на выздоровление, больных из больницы св. Николая Чудотворца в больницу «Всех Скорбящих».

Врачи больницы

В отношении к медицинскому персоналу следует оспорить замечание ревизионной комиссии о том, что некоторые врачи больницы св. Николая Чудотворца до поступления в нее не занимались психиатрией. Все они до получения здесь места приобретали свое специальное образование или в самой больнице, работая в ней в качестве экстернов, или в других психиатрических больницах, или, наконец, даже в клиниках университетских или академической.

Неверно также и другое замечание ревизионной комиссии, согласно которому в больнице нет правил, регулирующих деятельность младших врачей. Такими правилами являются инструкция больничной комиссии, с одной стороны, и относящиеся сюда статьи III т. Св. Зак. Российской империи — с другой.

На вопрос о неравномерном распределении врачей по отделениям следует заметить, что обусловлено оно неодинаковым характером последних. Боевые (полуспокойные и буйные) отделения требуют и большего количества врачей. Замечания комиссии, что во II женском отделении занимаются только два врача, совершенно не соответствует действительности. Помимо экстернов, здесь работает 4 врача, находящихся на службе. Ошибка комиссии, может быть, обусловлена тем обстоятельством, что ревизию свою она производила в месяцы врачебных отпусков.

Что касается вопроса об однократном посещении больницы ее врачами, то, по имеющимся в больнице сведениям, двукратная визитация не является введенной в практику не только прочих городских больниц (Новознаменской и св. Пантелеймона), где врачи пользуются помещениями, но даже и клиники душевных болезней. Вторичная визитация всюду производится не пользующими, а дежурными врачами. Разумеется, двукратная визитация пользующих врачей желательна — еще желательнее сплошное их пребывание в отделениях и даже сама жизнь в них, — но вряд ли она применима к учреждению, врачи которого лишены здесь квартир, в большинстве своем живут на далеком от него расстоянии и в этом отношении, быть может, являются единственными психиатрами во всей России.

По вопросу о неодновременном посещении больницы ее врачами следует заметить, что это обстоятельство имеет и свою положительную сторону в том отношении, что большее количество времени (от 10 часов утра до 3 часов пополудни) оставляет отделения под контролем врачей.

В отношении к бракуемому ревизионной комиссией алфавитному порядку распределения между врачами больных следует сказать, что он более прочих гарантирует равномерное, согласно инструкции, распределение между ними больных, с одной стороны, и более подробное врачебное знакомство с больными, с другой. Врачи остановились на нем на основании опыта. Раньше они практиковали ту самую коридорную систему, которая ныне им рекомендуется ревизионной комиссией. При беспрерывных перемещениях больных из разных коридоров одного и того же отделения врачи, при соблюдении коридорной системы, едва успев познакомиться со своими больными, являлись вынужденными передавать под наблюдение своих товарищей, работавших в других коридорах, отсюда больные переходили под наблюдение новых их товарищей, затем поступали в ведение врачей, пользовавших их первоначально, и т. д. Кроме того, и количество больных, помещающихся в разных коридорах одного и того же отделения, далеко не всюду является одинаковым.

Отмечаемое ревизионной комиссией «амбулаторное, нетвердое знание врачами даже лиц больных и отыскивания их по палатам с помощью надзирателей и прислуги» может быть отнесено лишь к новым больным, поступившим в отделение накануне, в часы отсутствия врачей на отделении, т. е. после предшествовавшей их визитации, и, конечно, обусловливается не наличностью алфавитного порядка распределения больных, а необыкновенной быстротой их движения в больнице.

В целях возможно более полного ознакомления врачей с пользуемыми ими больными существует ежедневное собеседование их между собою под руководством старших их товарищей, заведующих отделениями. Случаи, интересные в научном отношении, выделяются в особую рубрику и докладываются затем в научных заседаниях врачей, которые до 1 марта 1910 года собирались по мере накопления материала, а с этого времени приобрели уже регулярный характер (не менее раза в месяц).

Помимо научных (ежемесячных) и отделенских (ежедневных), врачи собираются также и на заседаниях врачебного комитета для разрешения вопросов административного характера (таковы, например, вопросы о пищевом довольствии больных, о чтении лицам надзирательского персонала и т. п.). Маловажные сравнительно вопросы, т. е. вопросы, имеющие чисто местный, отделенский, а не общебольничный характер, не требуют специальных заседаний этого комитета и разрешаются ежедневно путем собеседований младших врачей как между собою, так и со старшими их товарищами, так, наконец, и с главным врачом больницы. Разумеется, обсуждать на заседаниях врачебного комитета, как того желает ревизионная комиссия, столь частые в больнице переводы больных из одного отделения в другое не представляется никакой возможности; для этого врачам пришлось бы собираться даже и не ежедневно, а, можно сказать, ежечасно. Следует также принять во внимание, что многие больные возбуждаются внезапно, что

большинство случаев возбуждения приходится на вечерние и, особенно, на ночные часы, когда в каждой больнице имеется налицо один лишь дежурный врач, наконец, что в переводе возбужденных испытывается всегда острая, нетерпящая отлагательства надобность. Что сталось бы, например, с первым (спокойным) отделением, если бы один, а тем более несколько его пациентов, возбудившись внезапно ночью, продолжали бы в нем оставаться, пока на следующий день не соберется врачебный комитет и не решит перевести возбужденных в соответствующие отделения.

Что касается заседаний хозяйственного комитета, то, вопреки сообщению ревизионной комиссии, в нем с правами решающего голоса принимают участие не только главный и старшие врачи, но также и младшие, при условии, если они являются заведующими отделениями или замещают этих последних. На эти же заседания, в случае надобности, приглашаются в качестве экспертов аптекарь, кастелянша и экономка и постоянно присутствуют смотритель, его помощник и бухгалтер.

Указание ревизионной комиссии о том, что при размещении лиц среднего и младшего персонала не собираются необходимые сведения от функционирующей в больнице квартирной комиссии, совершенно не соответствует действительности; такого рода справки всегда производятся.

Фактически неверно и другое ее указание, об отсутствии в период ревизии докладов и отчетов от выбранных врачебным комитетом комиссий по упорядочению и урегулированию разных сторон больничного быта. В то время отчеты уже успели поступить от комиссий: квартирной, школьной, обмундировочной и по организации для больных увеселений, но только отчеты эти не были затребованы самою же ревизионной комиссией.

Надзирательский персонал

В отношении к надзирательскому персоналу следует согласиться с мнением ревизионной комиссии о недостаточно высоком его цензе. Лица с более высоким цензом не идут в больницу св. Николая Чудотворца с ее тяжелым, утомительным трудом и ничтожным окладом содержания. Опыты повышения этого ценза врачи производили в течение нескольких лет подряд путем чтения надзирательскому персоналу специальных лекций. Впоследствии курсы пришлось приостановить ввиду ходатайства слушателей, заявлявших, что на лекции они приходят с несвежей головой после утомительных дежурств, плохо усваивают выслушанное и испытывают острую потребность в отдыхе.

Другое замечание ревизионной комиссии о том, что выработанная врачебным комитетом больницы инструкция для лиц надзирательского персонала не всегда им читается при поступлении на службу, несправедливо. Чтение этой инструкции и ознакомление с нею для всех поступающих в больницу лиц среднего персонала обязательно.

Врачебным комитетом выработано также и распределение между надзирателями и их помощниками дежурств в отделениях. Отмеченные ревизионной комиссией случаи неравномерности такого распределения, причем, якобы, некоторые помощники дежурят только по часу, в действительности никогда в больнице не имели место. Очевидно, заключение комиссии — плод какого-то недоразумения.

Что касается вопроса о неравномерности распределения между помощниками также и больных, то она чисто кажущаяся. Причиной невольного самообмана ревизионной комиссии является та быстрота движения и перемещения больных, о которой уже упоминалось выше. Общий же расчет постоянно остается верным: на каждые 25 больных приходится один помощник.

В отношении к факту поручения надзирателям производить больным подкожные впрыскивания, нужно сказать, что эти поручения как система никогда не имели места и только в исключительных, единичных случаях впрыскивания производились надзирателями с ведома врача.

Что касается вопроса о самостоятельном, якобы, применении надзирателями мер стеснения, то в действительности ими оно только выполняется, назначают же эти меры только одни врачи.

Равным образом и переводы больных из одного отделения в другое совершаются только по предписаниям врачей, а на скорбных листках переводимых, помимо подписи пользующих врачей, выставляются также подписи врачей, заведующих отделениями. Переводы же больных из разных коридоров одного и того же отделения совершаются и лицами среднего персонала, которые предварительно, однако же, всегда испрашивают на это разрешение врачей.

Больничная прислуга

В отношении к служительскому персоналу больницы следует заметить, что по предложению бывшего главного ее врача доктора Реформатского система штрафования здесь является уничтоженной. Штрафы за маловажные проступки заменены троекратною записью виновных в кондуитных книгах, с последующим их увольнением. Что касается крупных проступков, то они сразу же лишают виновных места в больнице. Исключения из этого правила крайне редки. Снисхождение оказывалось старослужащим в больнице лицам, самые проступки которых являлись случайностью и не соответствовали всей прошлой их деятельности.

Что касается вопроса об игнорировании надзирательского и служительского персоналов особы смотрителя, то он, опять-таки, является плодом какого-то недоразумения. Вне мест своей службы, иначе говоря, вне отделений, и надзиратели, и служители слушаются смотрителя и исполняют его приказания, что касается отделений, то здесь они являются подчиненными только врачам и обязаны выполнять только их предписания.

Анкеты ревизионной комиссии

Что касается выводов из устроенной ревизионной комиссией анкеты среди врачей больницы св. Николая Чудотворца, то из кратких по необходимости ответов на некоторые из больших и серьезных вопросов, поставленных в программе анкеты, всякий психиатр затруднился бы сделать те обширные суммарные выводы, как это теперь сделано. Неизбежно и выводы вышли несоответствующими истине. Ни один из врачей больницы, конечно, не стоит принципиально за сохранение в психиатрических заведениях абсолютной системы стеснения, врачи больницы только прямо смотрят в глаза действительности и, имея отдельную комнату, куда запирают по временам беспокойного больного, называют эту комнату изолятором, а не иначе; в той или другой форме связывая движение и свободу действий больных, называя эту систему «системой стеснения», будь то пеленание больных в свивальники (хотя бы в форме общего согревающего компресса), связывание в камзол, легкое привязывание простынею к кровати или усиленное наркотизирование больных (химический Restraint).

Попытки организации в больнице, где было можно, постельного режима многократно производились и производятся теперь, но разбиваются о то же переполнение больницы, в силу которого в ней почти постоянно царит, если можно так выразится, «половой режим», т. е. помещение больных за недостатком места и кроватей на скамейках коридоров и на полу на тюфяках.

То же относится и к назначению продолжительных ванн с целью замены связывания этою мерою, целесообразность которой, конечно, признается врачами больницы. Невозможность устройства подобных ванн достаточно ясно видна из того, что общие недостатки городского водопровода в Коломенской не дают воды в достаточном количестве в верхние этажи домов, и таким образом, устройство ванн даже просто с целями чисто гигиеническими в верхних этажах здания больницы крайне ограничено. Факт этот был установлен, между прочим, по отношению ко всем зданиям означенной части города на собрании общества избирателей Коломенской части.

Вывод комиссии, что врачи больницы вообще стоят за меры стеснения при лечении душевнобольных, явился для врачей совершенно неожиданным. Среди врачей больницы есть психиатры, много лет работающие по своей специальности, имеющие имена как в научной, так и в практической области психиатрической работы и во всякой случае в этих отношениях осведомленные нисколько не менее тех, кто теперь так низко оценивает их психиатрические взгляды и работу. На вопрос, допустимо ли в больнице камзолирование и изоляция больных без разрешения врачей, врачи больницы дали ответ, что это не допускается, но комиссия отмечает, что некоторые лица надзирательского персонала говорили ей обратное.

Смеем думать, что из означенного вытекает лишь один вывод, что надзирательский персонал иногда допускал нарушение установленных в больнице правил и не был в этом замечен. Иного вывода сделать из этого факта едва ли возможно.

Часть врачей, высказываясь по отношению к двукратной визитации врачами отделений отрицательно, разумела несущественность этой меры при общих отрицательных условиях больницы, а вовсе не абсолютную ненужность ее теоретически. Теоретически, чем чаще врач на отделении, тем, ясное дело, надзор лучше. В этих целях в больнице были попытки устраивать не только вторую визитацию, но и вторые суточные дежурства врачей специально на буйных отделениях одновременно с общим дежурством врачей по больнице. Эта мера также не принесла практически существенных результатов (1898–1899). Увольнение прислуги, замеченной в серьезных проступках (нанесение обид больным, кражи, повторное пьянство и т. д.), обычно всегда имело место, но могли быть и здесь случаи исключений, ибо карается не преступление, а человек, совершивший его, как то имеет место и в современном судопроизводстве вообще. Люди не машины, и нет правила без исключения.

В смысле желательности коллегиального управления больницею врачи больницы только присоединились к резолюции второго Всероссийского съезда психиатров, происходившего под председательством проф. Сербского в Киеве летом 1905 года. Смеем думать, что авторитетность этого учреждения и его председателя говорят сами за себя.

В заключение нельзя не отметить, что несколько общий характер ответов врачей о том, в каких изменениях нуждается больница для ее улучшения, объясняется общностью же вопроса, для ответа на который требуется не графа в 10 строк, а несколько иные условия.

Врачи больницы и печатно и письменно, в газетных интервью, в особых записках и устно имели возможность многократно и подробно указывать на отрицательные стороны условий больничной работы, никогда не прикрывая больничных прорех, как в тех вопросах жизни больницы, где они были бессильны что-либо сделать по обстоятельствам, от них не зависящим, так и в тех вопросах, где они сами сознавали и свои собственные ошибки. Известная брошюра д-ра Реформатского о недостатках больницы составлена частью по данным бывшего директора больницы Чечотта, частью же по совещанию с некоторыми из тех же врачей больницы, которые и ныне в ней служат. Особая комиссия из врачей больницы по выработке мер улучшения больничной жизни разработала ряд мер с этой целью, некоторые из которых и вошли в жизнь (меры разрежения больницы).

Таким образом, говорить, что «врачи чувствуют недостатки больницы, но не все ясно представляют себе, какие реформы должны быть проведены в жизнь для улучшения дела больницы», можно не иначе, как разумея здесь врачей молодых, недавно поступивших в больницу, которые еще действи-

тельно могли не вполне осмотреться и выяснить себе все отрицательные условия жизни этого учреждения.

В заключение вопроса о результатах самой анкеты необходимо добавить, что недоразумения в выводах из означенной анкеты в значительной мере являются плодом общего характера ревизии, во время производства которой врачебный персонал больницы был совершенно устранен от помощи в работах ревизии личным опытом и знанием исключительных особенностей больницы. Самый характер вопросов анкеты был таков, что вызвал недоумение у врачей своей слишком определенно выраженной тенденциозностью, а просьба составителей анкеты, отпечатанная на анкетных листах, о том, чтобы врачи отвечали бы анонимно и не думали бы о том, что характер их ответов вызовет по отношению к ним лично какие-либо нежелательные последствия, естественно, врачам показалась оскорбительною, и они не нашли возможным дать свои ответы иначе как за своею личною подписью, принимая на себя всю ответственность за высказываемые ими взгляды.

Не указывает ли то обстоятельство, что в отпечатанных в докладе анкетных вопросах [отсутствует] примечание составителя этих вопросов о желательности анонимных ответов и вместе с тем ни слова не говорится, что врачи не пошли навстречу этой желательности и дали ответы за своими подписями, чем несомненно выразили свое несогласие с некоторыми приемами ревизии, не указывает ли это обстоятельство, что лица, которые производили медицинскую ревизию больницы, изменили в период составления доклада взгляд на рекомендованную ими анонимность?

Больничное хозяйство. Белье

Многие замечания доклада ревизионной комиссии относительно больничного хозяйства являются несоответствующими истинному положению дел; так, например, неверно указание доклада, что хранение белья и одежды больных лежит на ответственности вахтера, неверно потому, что хранением этих вещей заведует помощник смотрителя, имеющий в своем распоряжении исключительно для надзора за кладовой особого служителя; неверно утверждение того же доклада, что чинкой белья заведует смотритель, неверно потому, что чинят в женских отделениях больные под надзором надзирательниц и особых швей. Неверно указание лиц, производивших ревизию, что кастелянша стара и малограмотна, что этим могут быть объяснены недочеты больничного хозяйства, находящегося в ее ведении: кастелянше около 40 лет, и она достаточно грамотна. Мнение, высказанное в докладе, что было бы лучше, если бы во главе прачечной была бы старшая прачка, а кастелянша ведала бы другие стороны обслуживания больницы бельем, вряд ли может быть признано правильным, ибо распорядительство мытьем белья на количество больных свыше 1000 человек, причем настоятельно требуется, чтобы работа шла правильно и без задержек, дело слож-

ное, трудное и, несомненно, не может быть поручено старшей прачке. Неверно указание доклада, что экономка заведует бельем и одеждой всей прислуги, неверно потому, что она хранит только верхние рубашки, передники и поварские куртки кухонных мужиков и поваров.

Ежегодно производимый подсчет годного и негодного, т. е. подлежащего сдаче белья и одежды обычно удостоверяет требуемую на отделении наличность.

Результат подсчета, произведенного лицами, ревизовавшими больницу, выразившийся цифрой 16 403 — недостача различных бельевых вещей, может быть объяснен тем, что инвентарь больницы никогда не выверялся ревизией и недостача белья нарастала медленно, из года в год, вследствие чего фактическая наличность белья в отделениях могла оказаться ниже инвентарной на указанную выше цифру.

Упрекать больничную администрацию в небрежном хранении белья нельзя; если и существуют отрицательные стороны этого хранения, то они связаны с отсутствием кладовых, а в этом больничная администрация не повинна.

Указывать на выдачу больным, выписывающимся из больницы, белья и одежды как на обстоятельства, наносящие существенный вред городской казне, вряд ли основательно, ибо эти выдачи производятся крайне редко, не более 10–12 раз в год, причем вещи выдавались ветхие, подлежавшие исключению. Говорим об этих выдачах в прошедшем времени, потому что после ревизии больничной администрацией были приняты к исполнению словесные указания гг. ревизоров, и теперь выдачи белья и одежды больным при их выписке не имеют место.

Относительно заготовки и приемки белья нужно отметить, что в 1905 году из среды хозяйственного комитета больницы была выделена обмундировальная комиссия, которая начала ведать приемкой готового белья и одежды для больных и прислуги; в 1909 году, по мысли и предложению и. д. главного врача, на эту комиссию была возложена и заготовка помянутых предметов, но, как известно, в этом году происходила и общая ревизия больницы, сопровождавшаяся отобранием из конторы всех книг и держанием их под печатью вместе в течение почти ½ года, а эта задержка книг и была причиной того, что обмундировальная комиссия была не в состоянии произвести своевременно по этим книгам проверку белья и одежды и сделать правильные соображения о заготовке белья, что и обусловило крайнюю запоздалость сделанных обмундировальной комиссией нарядов на поставку материалов.

Идем дальше по пути рассмотрения замечаний доклада ревизионной комиссии.

Заявление портного Болта было рассмотрено в заседании хозяйственного комитета 4 апреля и 12 мая 1909 года и только после этого ему был сделан заказ, причем он внес залог в размере 150 руб., а затем 300 руб.

Что касается фирмы Чувалдиной, то она не 2 года, а в течение более долгого периода времени снабжала больницу св. Николая Чудотворца материалами для заготовки белья и одежды.

В 1909 году обмундировальная комиссия, озабоченная этой заготовкой, решила запросить и другие фирмы о ценах на потребные товары; эти запросы показали, что цены в других кладовых при одинаковом фабричном происхождении товаров ниже цен фирмы Чувалдиной.

На торгах в хозяйственном комитете представитель фирмы Александрова, по всем почти статьям заготовки, заявил цены ниже цен Чувалдиной, почему соответствующий потребностям заказ и был сделан в фирме Александрова.

Что касается заказа на материал, сделанного в том же 1909 году торговому дому И. Т. Иванова, то таковой заказ был осуществлен только после решения хозяйственного комитета, решения, основанного на том, что цены этого торгового дома на требовавшийся дубельтон и тифтик были ниже цен Чувалдиной.

Заказ и приемка товара были произведены согласно существующим на этот предмет правилам.

При сем предлагается таблица, показывающая цены, заявленные фирмами Чувалдиной и Александрова.

	Чувалдиной		**Александрова**	
	руб.	**коп.**	**руб.**	**коп.**
1. Холст № 1	–	12 ½	–	12 ½
2. Туальдепор Морозовский	–	25 ¼	–	24 ¾
3. Критон клетчатый Морозовский	–	21 ¼	–	20 ½
4. Полотно полубелое Романова 6/4	–	28	–	27 ½
5. Салфеточ. бел. 8/4 № 11 Локал	–	48	–	47
6. Полотно бел. 8/4 № 6 Локал	–	26 ½	–	26 ½
7. Полотно бел. 8/4 № 8 Локал	–	37	–	35 ¼
8. Полотно бел. 8/4 № 9 Локал	–	–	–	37
9. Дубельтон Смирнова	–	–	–	27 ¾
10. Ландкорт серый	–	12	–	12 ¼
11. Тифтик Воронина	–	14 ¾	–	14 ¾
12. Двунитка	–	–	–	35
13. Дорожка	–	–	–	32 ½
14. Платки № 40 Шейбера	–	80	–	76
15. Бумазея суровая Чешера 18–1	–	21	–	12 ½
16. Одеяла Торнтона 8/4	4	20	4	05
17. Салфеточка Локал № 14	2	75	2	65
18. Суров. пол. 5/4 Шв. 700	–	27	–	26

Здесь уместно присовокупить, что смета по заготовке белья и одежды составляется, само собою разумеется, с принятием в соображение истинных нужд больницы.

Книги, ценности, дела и документы

Замечания ревизионной комиссии относительно денежных книг на отделениях, после одобрения этих замечаний еще в прошлом году больничной комиссией, приняты больницею к сведению и исполнению.

Точно также приходится признать справедливость указаний доклада относительно несовершенств книг для учета белья, а также тех замечаний, которые заключаются в рубрике «дела и документы». Замечания эти приняты к сведению и будут проведены в жизнь. Справедливо указание и на то, что больница несколько лет не печатает своих годовых отчетов, это объясняется тем тревожным, неопределенным положением, которое она переживала в течение более 4 лет.

Но судьба отчета за 1901–1904 гг., составленного по поручению бывшего главного доктора больницы св. Николая Чудотворца Н. И. Реформатского младшим врачом В. И. Малеевым, представленного в больничную комиссию, до сей поры не напечатанного и даже, по-видимому, затерявшегося неизвестно где — вряд ли такая судьба может побуждать к затрате времени и труда на составление больничных отчетов подробных, содержательных и действительно выражающих жизнь больницы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Резюмируя все вышеизложенное, администрация больницы св. Николая Чудотворца приходит к заключению, что весь отчет ревизионной комиссии обнаруживает недостаточно глубокое отношение к делу ревизии и многим единичным, случайным фактам придает чересчур общее значение.

Несмотря на главные недостатки больницы — ее старое, николаевских времен здание бывшей тюрьмы и ее из года в год увеличивающееся переполнение, делающее абсолютно невозможным правильное ее функционирование, тем не менее она, вопреки мнению ревизионной комиссии, не может считаться «неудовлетворительной ни в санитарном, ни во врачебном, ни в административном отношении». Уже выше было указано, что администрация больницы, несмотря на все тяжелые условия ее деятельности, постоянно стремилась к поддержанию возможной чистоты и опрятности не только среди больных на отделениях, но и во всех частях обширного больничного дела, и нужно думать, что усилия ее были не напрасны.

Удовлетворительное санитарное состояние больницы подтверждено официальной властью и многими лицами, в числе их гласными, выражавшими даже удивление, как можно сохранить ту чистоту в больнице, которую они видели, при таком невозможном ее переполнении. Кроме того, можно указать, что больница св. Николая Чудотворца за последние годы прошла благополучно мимо эпидемических заболеваний, как, напр., холеры, свившей себе гнездо заразы в других больницах городского общественного управления, быть имеющих претензию считать себя благополучными в санитарном отношении. Но не только эпидемии, но даже такие заболевания, каковы: рожа, флегмона, септицемия и другие, являются в больнице св. Николая Чудотворца крайне редкими и единичными. Не доказывает ли это лучше всего, что больница не может себя считать неблагополучной в санитарном отношении? Этими общими указаниями мы исчерпываем постоянные упреки комиссии о неряшливом содержании различных частей больницы и больных.

Что больные сидят на полу, за недостатком места и кроватей, это не было тайной для городского общественного управления; но каждый больной помимо соломенника снабжался всегда простыней и одеялом.

Смена белья происходит еженедельно и никогда не было, чтобы сменяли белье 1 раз в 2 недели, ни на 4-м мужском, ни на других отделениях. В лаборатории и аптеке соблюдается возможная чистота. Помещения больничной прислуги крайне тесны, и посему в них не может быть чистоты. Аренда для прислуги части дома Комеловых и дома Малютиной стоили администрации многих трудов и усилий и, тем не менее, они в настоящее время являются уже крайне переполненными и неудовлетворяющими насущным потребностям больницы. Предложение ревизионной комиссии сделать из 6 отделений больницы — 17 является делом неосуществимым, могущим резко уменьшить площадь отделений и еще более стеснить больницу.

Клиническое исследование больных не представляет прямой задачи больницы, так как она не служит ученым и педагогическим целям. Тем не менее, диагнозы больных выясняются возможно точно в скорбных листах, где записывается все, относящееся к содержанию, лечению, питанию, мере изоляции и стеснения больных. Что подразумевает ревизионная комиссия под словами «современные методы исследования», остается совершенно непонятным. Взвешивание больных производится по мере надобности, по распоряжению врачей, и ванны приготовляются постольку, поскольку удовлетворяет недостаточное водоснабжение больницы и наличность служительского персонала.

По вопросу о мерах стеснения (камзолирование и изоляция больных) больница св. Николая Чудотворца, конечно, не смотрит на них как на какой-то идеал ухода и лечения, но то положение невозможного переполне-

ния, в котором она находится, делает эти меры неизбежными. Иначе был бы громадный процент нападений, самоистязаний, самоубийств и т. п. Вслед же мер стеснения ревизионная комиссия, как бы в подтверждение вышесказанного мнения, указывает на громадный процент смертности, лишь немногим уступающий смертности в Барачной больнице. Почему большой процент смертности стоит в связи с вопросом о мерах стеснения — является выводом, совершенно непонятным. Не вернее ли поставить в связь относительно большой процент смертности с развитием туберкулеза, благодаря переполнению больницы, о чем в свое время неоднократно указывалось в отчетах больницы еще доктором Чечоттом?

Работоспособные и физически сильные больные переправляются частью в Новознаменскую, частью в Пантелеймоновскую больницу и в лечебницу д-ра Маляревского. В больнице же св. Николая Чудотворца остаются в большинстве возбужденные и совсем несносные к физическому труду; имеющиеся мастерские не могут быть расширены благодаря отсутствию мест, и они вполне удовлетворяют тому небольшому количеству больных, способных к труду, которые случайно задерживаются в пределах больницы.

Вечерние визитации больницы всегда производятся дежурными врачами; вторичная визитация не введена ни в Пантелеймоновской, ни в Новознаменской больнице, где врачи пользуются помещениями. Вторичная визитация пользующих врачей, конечно, желательна, но вряд ли она применима к учреждению, где врачи лишены квартир. Что касается алфавитного порядка распределения между врачами больных, то он более прочих гарантирует равномерное распределение больных и более подробное врачебное знакомство с ними. Врачи остановились на нем на основании многолетнего опыта.

Надзирательский персонал состоит в большинстве из фельдшеров, следовательно, лиц, знакомых с уходом за больными, и с улицы они не берутся. Служительский персонал хотя и принимается с улицы, но он немедленно знакомится с инструкцией и расписывается в том, что она читалась им. Для надзирателей имеется также особая инструкция, которую они получают при поступлении на службу.

Контрольные часы одно время функционировали, но ввиду того, что они не достигали целей контроля и допускали возможность злоупотребления, они были оставлены.

Категорическое заявление ревизионной комиссии, что прислуга распущенна, является замечанием совершенно голословным. Прислуга, по мере возможностей, исполняет добросовестно свои возможности, а в случае каких-либо проступков подвергается или немедленному увольнению или троекратному замечанию и последовательному увольнению от службы.

Врачебный контроль продовольствия больных существует, и врачи на отделениях ежедневно пробуют пищу и делают свои замечания в книгах, специально для этого имеющихся на каждом отделении.

Врачебный и хозяйственный комитеты не существуют только на бумаге; они периодически собираются и обсуждают все вопросы административно-хозяйственного характера, имеющие руководящее значение в жизни больницы.

В замечаниях, касающихся хозяйственной части больницы, также проглядывает поверхностное отношение к делу ревизии и обобщение единичных фактов, не соответствующее истинному положению дела: хранение запасов нового белья и одежды лежит не на ответственности вахтера, а исключительно на ответственности помощника смотрителя, имеющего в своем распоряжении особого служителя для надзора за кладовой. Чинка белья производится исключительно в женских отделениях больницы под надзором надзирательниц и особых швей. Заведование прачечной возложено на кастеляншу, так как эта сторона больничного хозяйства трудна и требует особой распорядительности, причем нужно указать ревизионной комиссии, что кастелянша не стара, ей всего 41 год и она достаточно грамотна.

Фактический недочет белья и одежды, по словам ревизии, обнаруживает недостачу его в 16 403 штуки. Если принять во внимание указание ревизии, что надзирательский персонал больницы относился отрицательно к поверке белья, то является непонятным, откуда могла образоваться вышеотмеченная цифра. Но если допустить, что эта цифра соответствует действительной недостаче белья, то в объяснение ее можно сказать, что она образовалась путем суммирования недостач за многие годы, в течение коих ревизионная комиссия ни разу не производила подробной ревизии белья и не сверяла инвентарных цифр с фактической наличностью по отделениям.

Если существуют отрицательные стороны в деле хранения белья, то они связаны с теснотой кладовых, в чем больничная администрация неповинна.

Выдача выписывающимся, особенно бедным и нуждающимся больным белья или платья имеет место крайне редко, не более 10–12 раз в год; словесные указания ревизоров на неправильность этих выдач приняты администрацией больницы во внимание, и в настоящее время выдача не имеет места.

Заготовка и приемка белья производится специально обмундировальной комиссией, которая с своей стороны не могла выполнить в 1909 году неотложный заказ белья, благодаря тому, что ревизия отобрала все книги и держала их под печатью в течение почти полугода.

Заявление портного Болта на шитье одежды и белья было рассмотрено в двух заседаниях хозяйственного комитета и после ему был сделан

заказ, причем он внес залог сначала в размере 150 руб. и затем залог был увеличен до 300 руб.

Фирма Чувалдиной в течение не двух, а многих лет снабжала больницу св. Николая Чудотворца материалом для заготовки белья и одежды. В 1909 году обмундировальная комиссия запросила и другие фирмы о ценах на потребные товары, причем на торгах в хозяйственном комитете представитель фирмы Александрова заявил на весь почти товар цены ниже чувалдинских, почему заказ сделан этой фирме. Фирме Иванова был заказан только дубельтон и тифтик, так как цены их оказались самыми низкими, ниже цен чувалдинских. Заказ и приемка товара были произведены согласно существующим на этот предмет правилам. Ревизионная комиссия всегда своевременно извещается о приемке всех товаров, выписываемых для нужд больницы.

Все указания ревизионной комиссии по вопросу о неправильностях, замеченных относительно приема денежных сумм, принадлежащих больным, были уже предметом обсуждения в больничной комиссии, и все указания ее в настоящее время приведены в исполнение.

Архив в настоящее время, согласно указанию ревизионной комиссии, приводится в порядок.

В заключение нужно указать, что ревизионная комиссия, несмотря на целый ряд обвинений по адресу администрации, тем не менее сама указывает на невозможность ее правильного функционирования. Так, на стр. 11–12 говорится, «что массовое содержание больных по 100 и 200 человек в сообщающихся между собой частях здания, без сомнения, затрудняет сортировку больных», уход за ними и надзор и не дает врачам удобств для изучения больных и организации, в целях лечения, тех или других занятий.

Упрекая администрацию больницы в несоблюдении должной чистоты и опрятности на отделениях, ревизионная комиссия на стр. 14 говорит, что больного, в виду переполнения отделений, приходится устраивать на полу, скамейках, и что при таком условии говорить «о своей постели, о какой-либо чистоте и опрятности», конечно, не приходится и т. д.

Эти строки могут служить лучшим опровержением производимых на администрацию больницы св. Николая Чудотворца обвинений.

Главный врач больницы
св. Николая Чудотворца
К. Охочинский

Данная работа публикуется нами для того, чтобы дать более полное представление о личности К. В. Охочинского. В ней приводится описание квартиры главного врача в здании больницы (в настоящее время занимается реабилитационным отделением № 6). Автор статьи, родной брат Г. В. Рейтц — Владимир Владимирович Рейтц (1880–1941) — многолетний сотрудник Публичной библиотеки.

Печатается по изданию:
В. В. Рейтц. Братья П. В. и К. В. Охочинские // Среди коллекционеров. — 1922. — № 4. — С. 32–39.

В. В. РЕЙТЦ

Братья П. В. и К. В. Охочинские

Братья Охочинские, начавшие коллекционировать еще в 80-х годах прошлого столетия (последние вещи из их собраний были проданы в 1917–1918 гг.), стоят особняком среди петербургских собирателей; обладая небольшими средствами, они, благодаря своим знанию, чутью и удаче, собрали прекрасные коллекции, а по характеру и по задачам собирания являются как бы промежуточной ступенью между собирателями середины XIX и XX века.

Петр Владимирович Охочинский был близкий друг и любимый ученик П. П. Семенова-Тянь-Шанского, который собирал исключительно голландцев, и характеризует эпоху середины XIX века, когда любителями и знатоками в Европе были каждым по очереди облюбованы и изучены все великие школы искусства.

В начале XX века вокруг «Мира Искусства» и «Старых Годов» соединились собиратели нового типа, которые, не ограничиваясь какой-либо узкой сферой, собирали произведения искусства всех школ и эпох. К этому типу собирателей относился Константин Владимирович Охочинский.

П. В. Охочинский был специалист-математик[4]. Он собирал вещи только выше среднего уровня, хорошей сохранности и почти исключительно голландской школы. За свои картины он крепко держался и не расставался с ними. Это была типичная коллекция коллекционера-классика, далекого от всяких увлечений, преувеличений и разочарований.

Вспоминаю его прекрасную квартиру на Казанской: в громадных комнатах была расставлена немногочисленная, но отборная екатерининская мебель. В одной комнате стоял великолепный стол эпохи Регенства, на стене красовались прелестные булевые часы; картины висели не очень часто,

---

[4] Скончался в 1909 г.

тщательно подобранные по колориту и сюжету, но из них выделялось одно полотно, висевшее в максимальном освещении. В кабинете, например, громадный рыцарь Боля — красное лицо, красная мантия, густо золотые шлем и панцирь, на фоне красного знамени; в зале — розово-белый вид Венеции с бирюзовым небом; в малой гостиной — предписываемый Терборху прекрасный портрет бледного молодого человека с белокурыми локонами, в черном камзоле, и громадная безобразная дама раннего голландца, в великолепном атласном платье с драгоценной цепью.

На первом месте, в смысле редкости и силы, надо поставить большое «Распятие» Питера Брегеля (дер., куплено за 1000 руб.) — широкий пейзаж под серым небом, виднеется город, отчасти средневековый, отчасти фантастический, ближе к зрителю находятся 3 креста и виселицы с трупами казненных, на переднем плане Голгофа. Пестрая, яркая толпа солдат, крестьян, монахов и судей окружает подножия крестов. Жутким ужасом веет от этой картины, вся эпоха Брегеля и Босха встает перед нами: ландскнехты, палачи, жертвы, монахи — смесь быта и тяжелой трагедии.

Портретов было всего 7: уже упомянутая безобразная белая дама с великолепными позументами и головным убором, шитым жемчугом, с фамильным гербом и датой 1587 год наверху (дер., 400 руб.). Столь же некрасивая дама в фиолетовой кофточке, с большим отложным воротником, тонкими кружевными манжетами, в прозрачном чепчике, с прекрасной двойной драгоценной цепью, [ниспадающей] от шеи до бедер и поддерживающей большую медаль Фердинанда Меантуанского, — интересный герб и год 1615 (дер., 400 руб.). Не подлежит сомнению, что на Западе сумели бы определить, чьи это портреты. Затем назовем портрет школы Рембрандта: типичный старый раввин; указанный выше красный рыцарь Ф. Боля (тот же натурщик неоднократно повторяется в картинах Рембрандта), портрет этот был приобретен П. В. Охочинским в самом начале его коллекционерской деятельности за 80 руб. и был продан после его смерти в 1910 году за 6000 руб. Далее идет женский портрет, приписанный Ван-Остаде (дер., 150 руб.); вышеупомянутый Тербох (холст, 400 руб.) и типичный К. Нетчер — в боскете сидит дама, окруженная изваяниями амуров (холст, 400 руб.).

Пейзажей было 14. Один старый, архаический, по-видимому, Герри-де-Блесс — фантастическая местность, со средневековым городом и замком, вьющаяся дорога, по которой едут кавалькады, слева группа окружает Св. Георга, стоящего над убитым драконом, справа целуются два епископа (дер., 650 руб.). Прекрасный А. Кейп (дер., 3000 руб.); очень красивая гамма зеленых, золотисто-коричневых тонов этого широкого пейзажа вполне объясняла, почему П. В. Охочинский считал эту картину лучшей в своей коллекции[5]. Следующим по красоте был пейзаж С. Рюиздаля: деревня на берегу реки, лодки, утки, чайки (дер., 1000 руб.); подобный пейзаж имел-

[5] Воспроизв. в «Старых Годах», 1908 г., ноябрь–декабрь, стр. 700–701.


Пейзаж. Саломон Рюисдаль из кол. П. В. Охочинского. Paysage. Salomon Ruysdael prov. de col. P. Ochoschinsky.

ся и у П. П. Семенова. Ван-Гойен: деревушка на берегу озера (дер., 400 руб.); Кнейф: замок на берегу реки (дер., 300 руб.); Пейнакер: широкий пейзаж холмистой местности (дер., 300 руб.): Яков Ван-дер-Меер-Гарлемский: дорога с прохожими (дер., 400 руб.); прекрасный Питер Молин: хижина с большим деревом (дер., 350 руб.); Ян Бот — итальянский пейзаж — река, мост, мулы (дер., 300 руб.); Ромейн: стадо (дер., 400 руб.) и др.

Из жанровых картин две: Дирк Хальс — веселящееся общество (дер., 250 руб.) и А. де Вен «Гераклит и Демокрит» (холст, 150 руб.) — попали в коллекцию П. П. Семенова и в Эрмитаж; Питер Лаар: уборка сена (дер., 200 руб.); Миерис — дама за туалетом (дер., 200 руб.); Б. Кейп: почтальон, мчащийся во весь опор (холст, 500 руб.); эта картина на выставке «Старых Годов» была приписана Казанове.

На первом месте среди итальянцев собрания Охочинского можно поставить большую картину Себастьяна дель-Пьомбо (дер., 750 руб.) «Воскрешение Лазаря». Затем следует портрет Миланской школы, вероятно, Бернардино-деи Конти[6] (дер., 400 руб.), если верить Морелли, который характерным признаком этого художника считал обгрызанные ногти; на основании этого братья Охочинские приписывали эрмитажную Мадонну Литта этому же Конти. Вазари: «Св. Семейство» (дер., 300 руб.); школы Тициана: «Товий и Ангел» (холст, 750 руб.); Пальма младший: «С. Себастьян», (холст, 400 руб.); упомянутый выше вид Венеции (холст, 1500 руб.): площадь с памятником Коллеоне, с гондолами и прохожими в костюмах XVIII века:

---

[6] Воспрозв., Ibidem., стр. 713

бело-розовые, точно перламутровые тона этой картины выделяли ее, как отзвук рококо, между темноватыми картинами голландцев. Вначале братья Охочинские приписывали ее Гварди, но потом остановились на одном из его учеников начала XIX века — Милиара.

Фламандцы, кроме Брегеля, были представлены хорошим распятием школы Ван-Дейка (холст, 250 руб.). Испанцев был один: Рибейра — «Св. Иероним», приобретенный П. В. Охочинским еще в начале собирательства; это полотно имеет эрмитажную пометку и принадлежало к той серии картин, которые самовластной рукой Николая I были удалены в подвалы и частью исчезали или погибали или были проданы за бесценок с аукциона. Впоследствии в «Старых Годах», в статье по этому поводу, была воспроизведена гравюра, представляющая точную копию этой картины, как некогда находившейся в Эрмитаже[7].

Французских картин была тоже только одна, времен Давида — очень красивая голова Париса.

Если вспомнить, что вся эта коллекция обошлась П. В. Охочинскому менее чем в 100 000 р., что в первые годы он тратил на картины не более 1500 р. и только с 1904 года бюджет его коллекционерства начал доходить до нескольких тысяч рублей в год, то приходится признать, что П. В. Охочинский был редкий знаток, осторожно и систематически собиравший любимые им вещи.

Константин Владимирович Охочинский был психиатр[8]. Характером, умом и эстетическими вкусами он резко отличался от брата, но они взаимно дополняли один другого.

В передней его квартиры находилась громадная клетка с птицами; в приемной высились два мраморных бюста: Бонапарта — Кановы и Сократа — XVII века, 2 петровских стула, книжный шкаф карельской березы, прелестный комод-ампир розового дерева, восточный стол с инкрустациями, на нем — чеканный персидский кувшин, прекрасный русский ларец XVII века с инкрустациями из кости — сразу давали оригинальное и красивое сочетание. Второстепенные картины, кроме большого античного пейзажа — Матвеева (гуашь) и прекрасного венецианского вида типа Каналетто, висели на стенах. В кабинете царствовал настоящий хаос, картины сплошь покрывали стены, иногда стояли в несколько рядов. Развешаны они были как попало, без всякой попытки вызвать тот или иной красочный эффект. Столовая была сплошь завешана рисунками. Остальные комнаты были сравнительно пусты. К. В. Охочинскому нужно было иметь все свои кар-

---

[7] Воспроизв. в «Старых Годах» 1913 г., июнь–сентябрь, стр. 110–111. Такого же происхождения портрет испанского поэта Каррераса, раб. Кноллера, находился одно время в коллекции К. В. Охочинского, продан за границу (воспр. в том же №, стр. 152–153).

[8] Скончался в 1916 году.

тины всегда под рукой. Письменный стол его был всегда завален массой рисунков. Как коллекционер К. В. Охочинский легко увлекался и легко остывал; относился к коллекционерству как охотник, но, обладая редким чутьем и опытом, то и дело раздобывал очень ценные и редкие вещи. Но ввиду хронической ограниченности в средствах, ему постоянно приходилось менять одну вещь на другую, вследствие чего состав его коллекции часто менялся, не проходило недели, чтобы не появлялось новой вещи. Однако, как правило, все лучшее в этом потоке оседало, что и было доказано посмертным аукционом его коллекции (388 №№). Вот некоторые из самых удачных его находок: «Старик» Рембрандта, купленный за 800 руб. и воспроизведенный Боде с именем К. В. Охочинского как владельца в «Классиках Искусства» — продан в 1903 году в Америку всего за 11 000 руб., главным образом из-за боязни К. В. Охочинского дальнейшей порчи портрета, постепенно темневшего из-за неудачной дублировки. Прекрасный «Христос в терновом венце» — Солярио: в красной мантии, с крупными каплями крови, стекавшими по измученному профилю, — продан Тышкевичу во Флоренцию. Великолепный портрет молодого человека, английской школы XVIII века с инициалами T. G.; К. В. Охочинский считал его произведением Т. Генсборо; на выставке «Старых Годов» он был приписан Графу. Это была музейная вещь, которая была отправлена К. В. Охочинским для экспертизы в Париж и там признана интересной копией с неизвестного произведения Генсборо, если не ошибаюсь, Вильямсоном — экспертом Моргана. Эффектный Филипп Орлеанский, в фиолетовой с золотом мантии, вероятно, Риго. Великолепный член парламента в черной мантии, золотом камзоле, кружевном жабо и манжете, в белом парике — приписанный Ларжильеру, по мнению же Деларова — Ван Лоо. Эскиз Тьеполо — «Отчитывание бесноватой». «Девушка в рубашке с котенком», — вероятно, Буальи; большая пастушеская сцена — Буше — на фоне нежно-голубого декоративного пейзажа сидит рыболов, перед которым стоят три пастушки (обменена К. В. Охочинским на другую картину еще до его увлечения французами); «Венера» и «Амур», прип. Натье, и удивительный мужской портрет вельможи — Бронзино (продан Тышкевичу).

В заключение приведу одну действительно редкостную находку: у антикварши Брайны Мельман, против Александровского рынка К. В. Охочинский однажды купил за 8 руб. большую грязную раму, в которой находились четыре венецианских вида, походившие на раскрашенные литографии. Когда их вынули из рамы, они оказались четырьмя прелестными гуашами Ф. Гварди, изображающими малоизвестные виды Венеции. Помню нашу радость, когда на обороте каждой из них мы нашли точный адрес Гварди, красивым курсивом XVIII века, указывавший переулок, двор, этаж и час, когда можно было видеть художника. Заодно также укажу и довольно комическое разочарование. К. В. Охочинский особенно любил рисунки, и однажды он с торжеством показывал мне приобретенный у Напса отличный

женский портрет школы Рубенса. На следующий день тот же вечно-грустный Напс доставляет ему рисунок во вкусе Фрагонара и сообщает, что на Петроградской стороне имеется целая коллекция таких сокровищ. Еще посещение — и взволнованный К. В. Охочинский приносит рисунок школы Рафаэля; цена их была невелика, 10–25 руб. Это показалось подозрительным, стали изучать водяные знаки бумаги и, о удивление! — Рубенс, Рафаэль и Фрагонар рисовали на одной и той же бумаге конца XIX века. Припертый к стене Напс сознался, что этими подделками занимался какой-то художник на Петербургской стороне.



Девушка с котенком. Французская школа XVIII в. из кол. К. В. Охочинского. Jeunne fille avec la chatte. École française de XVIII s. prov. de col. C. Ochoschinsky.

Особенно интересных русских картин не было, но была масса превосходных рисунков, которые он тщательно собирал, как подписные, так и неподписные: школы Рубенса и Рембрандта, Калло, Паросель Ван Тульден, Буше и Грез, Ватто и Гваренги, К. Маас и Лессюер, Клод-Лоррен и Томон, вплоть до Тен Кате, Вербукховена и Орловского (рисунков и набросков последнего было особенно много, так как жена К. В. Охочинского была родной внучкой художника).

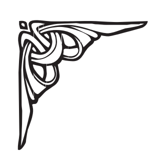
Наконец, его коллекция была богата фарфором и фаянсом — прелестный руанский умывальник, отличная миска Веджвуд, французская революционная тарелка с фригийским колпаком и надписью «Vive la Nation —

1792», несколько превосходных фигурок Попова и т. п., а также хрусталем и бронзой, среди которой особенно выделялись флорентийский дверной замок эпохи Бенвенутто Челлини и эффектная большая чернильница ампир, с громадной черной мордой, которую К. В. Охочинский считал превосходной современной русской подделкой под старую бронзу мастеров этого дела бр. Дурцевых.

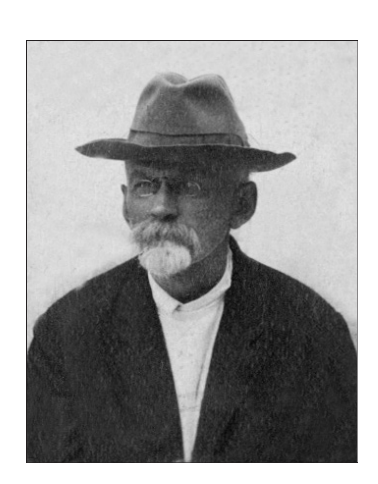
В заключение придется сказать несколько слов о судьбе этих коллекций. Грустно вспомнить, что более чем тридцатилетние старания этих двух выдающихся коллекционеров, в конце концов, пропали бесследно. Вдова П. В. Охочинского была вынуждена постепенно распродать коллекцию мужа: «Голгофу» Брегеля купил англичанин, две картины П. П. Семенову, кое-что приобрел Флейшер — венский антикварий, другое — Тышкевич увез в Вильно и Флоренцию; довольно много досталось петроградским коллекционерам Рудановскому и Поплавскому.

Коллекция К. В. Охочинского после его смерти пошла с аукциона 14, 15 и 16 апреля 1917 года в Обществе поощрения художеств. Доход менее чем в 1,5 раза превысил весьма низкую оценку, и в общем аукцион не дал и 70 000 руб. Курьезно, что чуть ли не выше всего (1300 руб.) пошло скучное «Жертвоприношение» А. Кауфмана. Хроникер «Аполлона»[9] отмечал, что наибольшим успехом пользовались картины на дереве и меди в старинных рамах.

[9] «Аполлон», 1917 г., № 4–5, стр. 74.




Густав Владимирович РЕЙТЦ (1876–1948)



Просим читателя обратить внимание на публикуемую работу не только в связи с историей больницы св. Николая Чудотворца и городской психиатрии, но и с целым рядом общественных явлений, в ней затрагиваемых. В этой преамбуле мы считаем необходимым заметить, что записки психиатра уже сами по себе явление редкое в отечественной мемуаристике. Психиатры, по роду своей профессии, народ молчаливый. В данной публикации автор в первую очередь выступает не как врач, а как свидетель истории, и погружает нас в атмосферу своего времени, а его литературный язык способствует живому представлению о пережитом им сложном и насыщенном событиями историческом периоде.

С биографическими материалами о Г. В. Рейтце, проработавшем в больнице св. Николая Чудотворца более 40 лет, можно познакомиться во 2-м томе данного издания.

Печатается по изданию:

Рейтц Г. В. Из воспоминаний психиатра // Современная психоневрология. — 1926. — № 1. — С. 73–82.

Рейтц Г. В. Автономия больницы // Современная психоневрология. — 1926. — № 4 — С. 499–506.

Г. В. РЕЙТЦ

Из воспоминаний психиатра

I. ТРАГИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА

Больница св. Николая Чудотворца расположена на углу Мойки и Пряжки. Это громадное сумрачное 4-этажное здание, окруженное высоким забором и небольшим, но густым садом. Окна двух верхних этажей покрыты решетками. Она по общему впечатлению напоминает тюрьму, да таковой она и была вначале.

В 30-х годах прошлого века Николай Павлович приказал построить дом «для содержания лиц развратного поведения», куда помещались люди без суда и где они находились до исправления.

Об этой эпохе не осталось никаких следов, но старожилы помнили, как на дворе наказывали плетьми провинившихся. В 1863 году в эту Бастилию «Козьего болота» (так называли квартал между Фонтанкою, Екатерингофским и Мойкой) была помещена депутация Тверского земства, которая осмелилась представить Александру II прошение о необходимости ввести конституцию в России.

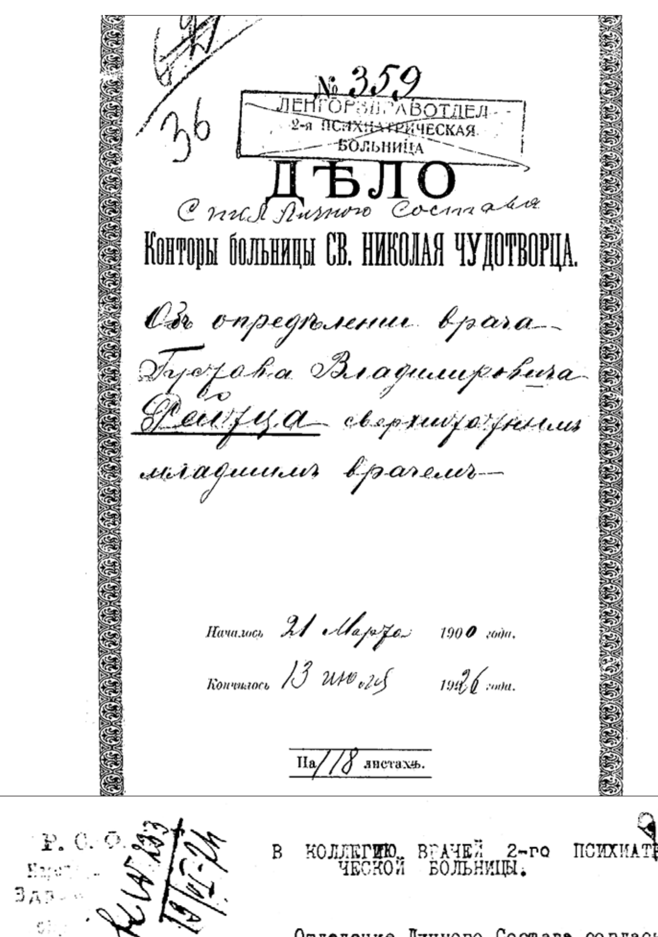
Уже с семидесятых годов верхние этажи здания были приспособлены для помещения душевнобольных.

В восьмидесятых годах исправительный дом был закрыт, все здание было отведено под душевнобольных и скоро передано городу.

Таково начало петроградской городской психиатрии, обслуживавшей беднейшие классы населения и резко отличавшейся по своему складу, устройству и характеру от государственной психиатрии для привилегированных лиц, для которых лет 100 тому назад была устроена образцовая больница «Всех Скорбящих».

Начиная с конца девяностых годов, с развитием Петрограда как промышленного центра, количество больных все прибывало, и больница св. Николая Чудотворца все более и более переполнялась: она не имела права отказывать в приеме душевнобольных, доставленных полицией, тогда как другие больницы придерживались штатного числа больных. Город принимал всяческие меры для разгрузки больницы св. Николая Чудотворца: были открыты две загородные больницы — Пантелеймона и Новознаменская, было устроено 5 филиальных отделений больницы, частный патронат, колония на берегу Ладожского озера, наконец, патронат в Ямбургском уезде.

Жизнь всегда опережала старания городского самоуправления: вывезенные больные немедленно заменялись новыми, и количество больных у Николая Чудотворца достигало почти 1500 человек. Не надо забывать, что самые тяжелые и опасные — но и интересные — больные оседали


№ 359

ЛЕНГОРЗДРАВОТДЕЛ
2-я ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ
БОЛЬНИЦА

ДѢЛО

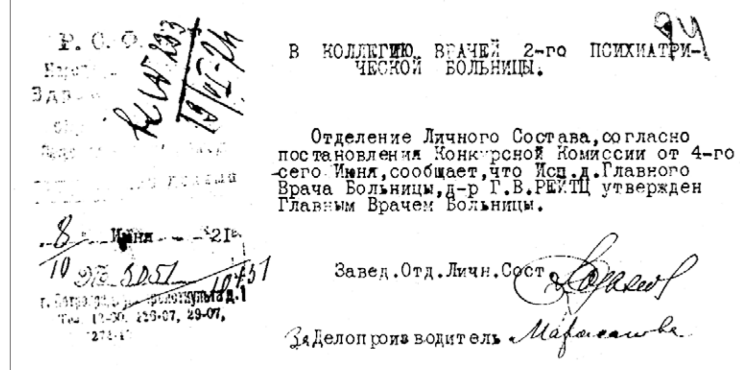
Конторы больницы Св. Николая Чудотворца.

Объ определении врача Георгия Владимировича Рейтца сверхштатным младшим врачемъ

Началось 21 Марта 1900 года.

Кончилось 13 июня 1926 года.

На 118 листахъ.


В КОЛЛЕГИЮ ВРАЧЕЙ 2-го ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ.

Отделение Личного Состава, согласно постановления Конкурсной Комиссии от 4-го сего Июня, сообщает, что Исп.д. Главного Врача Больницы, д-р Г.В.РЕЙТЦ утвержден Главным Врачем Больницы.

Завед.Отд.Личн.Сост.

За Делопроизводитель

у Николая Чудотворца, а другие больницы заполнялись спокойными хрониками.

С 1902 года больница стала обслуживать психиатрическую экспертизу Петроградского окружного суда и палаты, и ее врачи: Чечотт, Томашевский, Финкельштейн и Чехов пользовались заслуженной славой у юристов. Без их участия не прошел ни один крупный процесс в Петрограде.

Но эта работа в суде имела свою оборотную сторону, именно, в больнице скапливалась масса подследственных испытуемых и статейных преступ-

ников, т. е. убийц и поджигателей, совершивших свое преступление в состоянии душевной болезни и имевших по знаменитым 95 и 96 статьям «Положения о Наказаниях» отбыть свой срок или пребывать в больнице до выздоровления или даже 2 года после этого.

Кроме уголовных преступников, в больницу было помещено очень много политических. Первые совершали многочисленные покушения на служащих больницы, так, убили одного врача и одного служителя; вторые неоднократно совершали побеги из больницы при самых необычных условиях. Если было тяжело положение больных, скученных и плохо одетых, то не менее плохо было положение служащих, особенно младших: я застал еще то время, когда при нищенском вознаграждении в восемь рублей в месяц, при 11-часовом рабочем дне, очень строгой дисциплине несчастные не имели своих кроватей и спали по очереди двое на одной и той же; квартиры же семейных вмещали иногда по 4 многодетных семейства в одной комнате. Понятно, служить шел неквалифицированный персонал, часто просто с Никольского рынка.

Легко себе представить, как жилось 1500 больным и около 1000 служащим и их семействам — населению уездного города, скученному на небольшом пространстве. Неудивительно поэтому, что в первую русскую революцию в больнице начались волнения, вылившиеся в требование больничной автономии и приведшие к насилию над главным врачом и к последующему суду над восемью обвиняемыми: врачом, смотрителем, фельдшером, четырьмя служителями и швеей.

После этого кое-какие меры были приняты, как к разгрузке больницы, так и к улучшению материального положения служащих, и до 1917 года жизнь в больнице протекала без крупных потрясений, но неискоренимое зло не прекращавшегося наплыва опасных и тяжелых больных привело к ряду несчастных случаев.

Не надо думать, что тяжелое положение больницы мешало научной работе врачей; наоборот, последняя шла довольно интенсивно: ими была устроена на собственные средства психологическая лаборатория, устроитель которой, д-р Спиртов, изобрел очень интересный аппарат для записывания речи душевнобольных; функционировали научные собрания врачей больницы и т. п. Была устроена хорошая библиотека, читались лекции для среднего персонала и т. д.

С наступлением последней революции, в связи с уменьшением населения Петрограда и катастрофическим одно время положением продовольствия, количество больных стало быстро таять: была закрыта Новознаменская больница; Пантелеймоновская была занята сыпнотифозными красноармейцами; все филиальные отделения больницы св. Николая Чудотворца, патронаты и колонии были закрыты. Число больных в самой больнице Николая Чудотворца уменьшилось до 500 человек. Эпидемия сыпного тифа в 1919 году унесла немало больных, несколько служащих и двух врачей.

Наступил топливный кризис ноября 1919 года. Чтобы справиться с ним, пришлось разломать и распилить на дрова большой барак. В феврале 1920 года Петрограду пришлось обслуживать сыпнотифозных больных Красной Армии, и больнице Николая Чудотворца пришлось участвовать в этой тяжелой, но благодарной работе. Половина душевнобольных была вывезена, оставшиеся размещены в верхних этажах больницы; в остальных помещениях были устроены отделения для сыпнотифозных и возвратнотифозных красноармейцев и отделения для всякого рода соматических больных арестованных красноармейцев.

Из вышеприведенного краткого очерка видно, в каких уродливых условиях работала больница Николая Чудотворца. Неудивительно, что нападки на нее не прекращались, и бульварная пресса раздувала всякий несчастный случай, имевший там место.

В дальнейшем я приведу несколько случаев, интересных с общественной точки зрения. Теперь же укажу, что из наших врачей двое были убиты душевнобольными, один умер от заражения крови после вскрытия, четыре кончили самоубийством, двое погибло от сыпного тифа и один погиб от припадка грудной жабы, начавшегося во время экспертизы.

II. ИЗ ЖИЗНИ ВРАГА РОССИИ

В декабре 1901 года поступил экстерном в больницу только что окончивший Академию доктор Мазуркевич.

Рекомендовал его знаменитый губернатор фон Валь. Среднего роста, с густой бородой и громадной шевелюрой, с красивыми карими глазами, очень скромный, тихий и молчаливый, новый врач усиленно занимался в отделении, много читал, не принимал участия в жизни кабинета врачей, наиболее жаркие споры которого не вызывали его внимания; когда же к нему обращались лично, то он улыбался полузастенчиво, полунасмешливо и этим отделывался от вопросов.

Видели его постоянно с портфелем, полным книг, под мышкой, причем пакет этот становился все толще.

Товарищи скоро перестали интересоваться этим оригиналом и считали его ничтожеством. В марте или апреле 1902 года в больницу с особыми предосторожностями был доставлен из варшавской психиатрической больницы в Творках очень важный политический преступник. В чем он обвинялся, осталось нам неизвестным; в тюрьме он начал проявлять признаки тюремной болезни — меланхолии, был помещен в Творках, а так как правительство боялось, что он оттуда бежит, то его перевезли в больницу св. Николая Чудотворца, крепость стен коей не внушала никаких сомнений. Новый испытуемый был помещен в изолятор буйного отделения под строжайший надзор; к нему не допускали даже врачей других отделений без разрешения главного врача.

Испытуемый был сумрачный, угрюмый человек с большой бородой и усами, все время молча лежавший на кровати и не проявлявший никакого интереса к окружающим. Я должен тут пояснить, что меланхолия — единственная душевная болезнь, симптомы коей можно удачно симулировать.

Прошло 2 месяца, и доктор Мазуркевич был утвержден сверхштатным ординатором больницы; он должен был получить больных для самостоятельного ведения и должен был начать дежурить. На май месяц составлял дежурство я, и поставил его на дежурство на 29 мая. Я был удивлен, когда д-р Мазуркевич неожиданно подошел ко мне и с жаром убеждал меня переменить его дежурство с 29 на 2 мая, причем мотивом выставлял необходимость держать экзамены на д-ра медицины; понятно, что я согласился на его просьбу.

Должен оговорить, что д-р Мазуркевич ни разу не был в буйном отделении.

Наступило 2 мая.

Д-р Мазуркевич пришел на дежурство уже не с портфелем, а с большим чемоданом. Он угощал нас чаем в дежурной комнате и задумчиво улыбался, выслушивая наши политические споры.

Вечером новоиспеченный дежурный врач делал обязательный обход всех отделений; он зашел во все изоляторы, между прочим к таинственному испытуемому. «Это очень интересный случай, — сказал он дежурному надзирателю, — приведите его ко мне в дежурную комнату по окончании обхода». В отсутствии главного врача дежурный врач — полновластный хозяин больницы, и испытуемый со служителем был приведен в дежурную комнату. Тут доктор Мазуркевич приказал служителю остаться в соседней библиотеке и заперся с испытуемым.

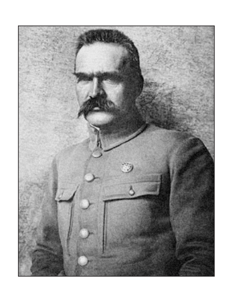
Прошел один час, другой, третий. Служитель начал беспокоиться, постучал в дверь; никто ему не ответил. Он позвал дежурного надзирателя, дверь взломали; в комнате никого не оказалось, валялось больничное платье испытуемого, пустой чемодан и масса сбритых волос. Никто не обратил внимания, что 2 молодых штатских, когда стемнело, вышли через задние ворота больницы. В дальнейшем выяснилось, что их где-то ожидал автомобиль, который увез их в Финляндию, где ожидала их чья-то яхта.

Можно себе представить изумление главного врача Чечотта, когда его разбудили, и нас всех, когда мы узнали о случившемся. Мне лично пришлось давать показание в жандармском управлении известному генералу Герасимову.

В 1914 году зимой моя часть, артиллерийская бригада, младшим врачом коей я состоял, подходила к Кракову; из разных польских газет и объявлений я узнал, что профессор Мазуркевич из Львовского университета принимает летом на курорте Закопанах, а в одном городе — кажется Бохни, — я купил открытку с портретом некогда бежавшего от нас арес-

танта, известного организатора польских легионов, полковника Пилсудского, будущего главы Польской Республики, объявившего нам войну.

Пилсудский родился в 1867 году в Литве, в старой дворянской семье; уже юношей вместе с братом Брониславом был сослан на 5 лет в Сибирь, по возвращении оттуда примкнул к социалистам-революционерам. С 1894 по 1900 год в Вильно и Лодзи издавал подпольный орган «Рабочий». После ареста и бегства из больницы св. Николая Чудотворца жил в Кракове и посвятил себя созданию ядра будущей польской армии; сидел в тюрьме в Магдебурге. По своей психике и деятельности он значительно ближе к Мицкевичу, чем к Марксу или Прудону, чем объясняется его популярность как носителя вековых традиций попранной Польши, для народа он почти олицетворяет ее трагедию (Mercure de France, № 542, стр. 544–547).



Юзеф Пилсудский

III. СУМАСШЕДШИЙ СЛЕДОВАТЕЛЬ

В числе немногочисленных эпизодов первой русской революции «Новороссийская республика» по своей яркой истории и ужасному концу занимает видное место. Я не буду останавливаться на ней, укажу только, что следствие о ней вел некто Лыжин, одна из наиболее отрицательных фигур щегловитовского режима. Следствие велось им около 2 лет, а так как революционеры присудили Лыжина к смерти, то он эти 2 года не выходил из своей квартиры и жил, окруженный сыщиками и жандармами. Я не знаю, какую награду получил Лыжин по окончании процесса о Новороссийской республике, но знаю, что ему — вместо необходимого отдыха — поручили не менее важное и сложное дело дашнакцутюнов. Не припомню, сколько месяцев или лет расследовал это дело Лыжин, знаю только, что вскоре после скандального осуждения дашнакцутюнов даже Щегловитов был принужден отдать под суд Лыжина за его следствие, причем выяснились некоторые невероятные подробности: так, например, Лыжин нашел у какого-то обвиняемого отрывок бумаги с начальными буквами целого ряда фамилий; ничтоже сумняшеся он, при помощи адрес-календаря, добавил недостававшие части фамилий и городов, где жили избранные им лица, распределив их по всем армянским колониям России. Таким образом был создан гениальной фантазией процесс дашнакцутюнов, соединивший на скамье подсудимых лиц, никогда друг о друге не слыхавших, — что не помешало им быть отправленными в места не столь отдаленные.

Во время следствия о Лыжине поднялся вопрос об его душевном здоровье, к глубокому огорчению следователя, ведшего это дело, тоже около года сидевшего над ним, собравшего массу интереснейшего материала и предвидевшего, что вся его работа рухнет.

Вопрос о душевной болезни преступников до революции решался в распорядительном заседании Окружного суда, так называемом 8-м отделении, куда постоянно вызывались — в качестве экспертов — наши врачи. Желающих было мало, ибо работа была ответственная, утомительная и бесплатная, но зато очень интересная и дававшая великолепную школу. На дело Лыжина уже совсем никто не хотел поехать, и поехали покойный доктор Фальк и я.

Когда член суда доложил нам это дело, мы все — прокурор, члены суда и врачи, с интересом ожидали появления грозного следователя, терроризировавшего юг России. К нашему изумлению, вошел тщедушный, скромный, низенького роста старичок, который застенчиво стал у стола и скромно попросил разрешения сесть.

Медицинское исследование сразу выяснило, что Лыжин был болен прогрессивным параличом; между прочим во время суда он был неопрятен мочой. Но трудная часть нашей задачи состояла не в признании его больным в момент освидетельствования, а в определении состояния умственных его способностей во время ведения им дела о дашнакцутюнах, т. е. за 2 или 3 года до момента исследования. Естественно, что суду было желательно, чтобы мы признали Лыжина душевнобольным в момент совершения вменяемых ему преступлений, и поэтому судьи остались весьма недовольны нашим заключением, что «Лыжин в момент исследования страдает душевною болезнью в форме прогрессивного паралича помешанных, и что нет данных утверждать, что в момент совершения преступления он был душевно болен». Таким образом, дело Лыжина не могло быть закончено, а нужно было ожидать его выздоровления или смерти. Еще менее довольна нашим заключением осталась либеральная часть общества. В «Петербургской газете» появилась ругательная по нашему адресу статья, в которой указывалось, что там, где большие психиатры не могли ничего найти, маленькие нашли лазейку. На одном заседании ко мне подсел один доктор-армянин и резко нападал на меня за то, что я смел признать душевнобольного Лыжина душевнобольным.

Лыжин скоро получил повышение; дальнейшая судьба этого «мученика карьеры» мне неизвестна, но мне известно, что дашнакцутюны не были помилованы.

IV. ТРАГЕДИЯ ИЗОБРЕТАТЕЛЯ

Гениальное открытие братьев Райт затмило всех многочисленных искателей летательных машин, современных и предшествовавших, которые не достигли цели. В числе этих неудачников, трагически погибших у самой гавани, мне пришлось встретить Татаринова. В свое время много писалось в специальной и общей прессе об изобретении последнего.

Модели его летали; военное министерство отпустило ему большие кредиты и построило ему мастерские, где создавался первый русский аэроплан. Неспециалисту трудно объяснить, чем грешили выкладки Татаринова; вероятнее всего причиной его неудач было отсутствие легкого сильного мотора, который помог Райтам разрешить задачу. Как бы то ни было, годы проходили, а аэроплан не появлялся; из военного министерства ушел благожелательный Татаринову чиновник, и новое начальство начало его притеснять и придираться. К обычному несчастью неудачного изобретателя присоединилось специфически русское, недоверчиво-злобное отношение. Преследование начальства, прекращение кредитов, нападки и высмеивание в прессе все более раздражали и мучили бедного изобретателя, и у него развилась сильнейшая неврастения с психическими симптомами, то, что один психиатр называл «психозом от несчастной жизни».

Тут ушел военный министр, который, несмотря на общее охлаждение, все еще поддерживал Татаринова. Новый владыка подошел к несчастному по-бурбонски: предложил ему закончить к определенному сроку изобретение и полететь, в противном случае отдать отчет в казенных деньгах. Всякому понятно, как такое поощрение должно отозваться на творце. Прошло несколько недель. Дошедший до отчаяния Татаринов не мог работать, не спал, метался в тоске, перестал соображать и, чтобы чем-нибудь покончить нестерпимое положение, — поджег сарай, который сгорел со всеми чертежами, моделями и недостроенным аэропланом.

Тут на него яростно обрушилась вся свора завистников и ненавистников; его обвинили в поджоге обитаемого помещения, так как около сарая была будка сторожа, ему грозила вечная каторга. На его счастье, в то время в 8-м отд. всегда председательствовал сам председатель петроградского Окружного суда, С. В. Кудрин, человек редкого благородства, высокой честности и глубокой гуманности, и 8-е отделение всегда было гуманно. И судьи, и врачи, и прокурор прониклись искренней симпатией к рыдавшему во время всего заседания Татаринову, признали его совершившим поджог в состоянии патологического аффекта и этим освободили Татаринова как от каторги, так и от сумасшедшего дома.

Припоминаю я тут случай из времен Алексея Михайловича, когда какой-то изобретатель устроил себе крылья из юхты и пробовал летать, но разбился; Тишайший царь приказал бить его батогами нещадно за порчу полученного от царя под ложным предлогом материала.

Припоминаю еще 2 близких нам случая: доктор Сокальский в девятисотых годах демонстрировал в Петербургском психиатрическом обществе чужеядных прогрессивного паралича и встретил самое скептическое отношение; лет через 6 чужеядные эти были открыты в Германии и Японии. В тех же годах д-р Краинский пытался где-либо напечатать или сделать доклад о своем открытии: он доказывал, что материя и энергия не вечны;

ему не дали ни делать доклада, ни напечатать статьи в русском журнале; в настоящее время вечность материи и энергии считаются уже сданными в архив.

Я не думаю, чтобы в других странах изобретатели и новаторы встречали такое отношение, как вышеописанное.

Последнее время я узнал факты, заставляющие предполагать, что травля Татаринова была вызвана не только косностью и жестокостью чиновников, но и влиянием немецкой контрразведки, желавшей лишить Россию ценного орудия борьбы. По-видимому, принцип Татаринова был правильный, так как последнее время замечается переворот в аэропланах, исходящий из его принципов: так, Пескара и Эммихен строят новый геликоптер с горизонтальными пропеллерами (Morning Post, 27 января 1921 г.).

V. ЗАБЫТАЯ ЖЕРТВА

Это было в эпоху террора сверху и снизу, когда «травматическая эпидемия» (выражение д-ра Жбанкова) требовала от России жертв. С.-р. пробовали уничтожить сразу все охранное отделение, для того выбранная по жребию личность должна была надеть на себя куртку, начиненную нитроглицерином и динамитом, пробраться в помещение охранки и взорвать себя вместе с ней. Эта безумная и технически вряд ли исполнимая идея так и не была осуществлена: одна из безумно-смелых героинь пробралась действительно в здание охранки, но не смогла вызвать взрыва потому, что бикфордовы шнуры, проходившие на ее груди и под мышками, отсырели под влиянием усиленного потоотделения живой адской машины; ее фамилию я забыл.

Другой заговор был выдан мальчиком-портным, которому было поручено шить странную куртку; имевшая выполнить эту задачу А. И. Рагозинникова была помещена к нам на испытание в больницу, т. к. суд усомнился в ее умственном здоровье, ибо отец и дядя ее были самоубийцами. Рагозинникова была высокая красивая брюнетка, слушательница консерватории, глубокая истеричка, очень мягкая нравом; скоро она сделалась любимицей в отделении как больных, так и служащих. Она поступила в августе 1909 или 1910 года, но недолго пробыла у нас: через 2 недели она исчезла, причем двери оказались все закрытыми, а у задних дверей нашли ее больничное платье. Несомненно было участие одной из сиделок, но подробностей бегства узнать так и не удалось.

В октябре того же года Рагозинникова застрелила начальника тюремного ведомства, Максимовича, и была казнена, причем на этот раз не обратили внимания ни на ее наследственность, ни на болезнь. Когда мы, врачи, возмущались таким беспощадным использованием полувменяемой или невменяемой, легковнушаемой девушки, то с.-р. пожимали плечами и удивлялись нашему негодованию.

VI. КИСЛОТНЫЕ ПРЕСТУПЛЕНИЯ

Последние годы до войны в России появилась серия небывалых преступлений, к счастью потом, кажется, исчезнувших. Я говорю об обливании лица жертвы кислотой. На этой серии можно изучить роль подражания на генезисе преступления (закон Тарда) и тлетворное влияние бульварной прессы на преступные элементы: всякое кислотное преступление подробно описывалось газетами и вызывало самые неожиданные подражания. Впервые обливание серной кислотой появилось в Париже в середине XIX века. Это было орудие женской мести. Затем кое-где стали пользоваться этим для устрашения и вымогательства. Попав в Россию, эти преступления приобрели особенно отвратительный характер.

Мне пришлось давать заключение о первом громком деле этой серии: опереточная хористка Купчинская жила с богатым студентом-технологом А. несколько лет; она стала замечать, что он к ней охладел, и открыла, что А. завел новую связь в Москве. Вскоре А. предложил ей расстаться. К., затаив план ужасной мести, упросила его провести последнюю ночь с ней.

К утру она приготовила стакан с кислотой и ожидала у изголовья А., пока тот откроет глаза.

Как только несчастный проснулся, она немедленно облила его лицо кислотой, причем причинила ему страшные ожоги и выжгла ему оба глаза. Не теряя ни минуты, К. поспешила на Николаевский вокзал, уехала в Москву, там нашла свою соперницу — хорошенькую хористку Яра, — словила ее в телефонной будке и облила ей лицо кислотой, нанеся ей тяжелые ожоги. Изучив подробности ее страшного путешествия, я пришел к убеждению, что К., страдавшая истерико-эпилепсией, действовала в состоянии автоматизма, но суд со мной не согласился, и К. получила максимум наказания — 5 лет каторжных работ.

Это преступление не отличается от западно-европейских, но следующие случаи уже небывалые.

Некто Б. в августе 1910 года потерял свою жену и в сентябре уже пустил публикацию для подыскания невесты. Нашлась немолодая женщина с небольшим капиталом, которая вышла по публикации за него замуж. В несколько недель сбережения ее были растрачены, и Б. так плохо стал с нею обращаться, что несчастная от него убежала. Б. решил отомстить. Довольно долго подыскивал случай и однажды, встретив ее на малолюдной Кадетской линии, предложил ей вернуться к нему и на ее отказ нагнул ей голову и стал поливать ее лицо кислотой. Прохожие с трудом вырвали у него жертву, с которой он собирался проделать еще более гнусную и отвратительную операцию: облить половые части кислотой. Б. был несомненно душевнобольной, но к нему суд был беспощаден.

3-е дело самое ужасное из всех, в которых мне пришлось участвовать. Студент-технолог Шошин, выбившийся из низшего класса, познакомился

с богатой наследницей высшего круга А. Это была редкая девушка по серьезности, все свободное время отдававшая школе и благотворительности. Шошин начал за ней ухаживать и обручился с нею, что очень не нравилось родственникам невесты, которые считали, что он сделал это ради выгоды, так как она была старше его. Обручение длилось долго и, наконец, расстроилось, вследствие давления родственников невесты.

Шошин несколько раз пытался возобновить свои отношения и когда убедился, что ему это не удастся, решил отомстить. Достав широкогорлую склянку с серной кислотой, он стал ловить свою жертву. Когда та однажды возвращалась из воскресной школы, он подошел к ней и убеждал ее опять возобновить знакомство; когда же барышня отказалась окончательно, то он вылил ей в лицо кислоту. Несчастная потеряла сознание от боли, а Шошин закричал, так как несколько капель упало ему на руку. Когда его задержали, то он бесстыдно заявил, что отсидит 2–3 месяца и больше ему ничего не будет. Это дело заполнило газеты. Шошин заявил следователю о своей ненормальности.

Я участвовал в заседании 8-го отд., когда разбиралось впервые его дело: вошел приземистый, коренастый, с красивым, но грубым лицом брюнет; он окинул нас беглым взглядом, густо покраснел, опустился на стул, спрятал голову в руки и, по-видимому, заплакал. Он не отвечал нам ни слова. Как герои всех тогдашних громких процессов, Шошин попал в б-цу Николая Чудотворца, где пробовал неудачно объяснить свое зверское преступление патологическим аффектом. Громкий процесс, в котором адвокат его вел себя неприлично по отношению к жертве, окончился его осуждением к 5 годам каторжных работ. Некоторые присяжные заседатели заплакали, когда А. подняла свою густую вуаль и показала свое обезображенное лицо с выжженными глазами. Но тут начинается самое необычное. Ослепшая девушка, и ранее отличавшаяся религиозностью, простила Шошина и даже заявила, что несчастье ее дало ей внутренний свет и приблизило к богу. Шошин же прислал ей письмо, в котором умолял о прощении и предлагал ей выйти за него замуж, чтобы дать ему возможность искупить свой грех.

Более зверского кислотного преступления в столице не было, но в провинции произошло нечто еще более гнусное: шайка парней решила отомстить сельской учительнице; они набросились на нее под вечер и стали поливать кислотою; несчастная так крепко зажала лицо руками, что хулиганам не удалось его открыть, и она отделалась большими ожогами спины и груди.

Во всех кислотных делах приговоры суда были очень суровы. Если не ошибаюсь, было проведено усиленное наказание за них, и волна этого отвратительного преступления стала спадать. Одно из последних дел этого рода до войны, в котором я участвовал, было уже менее серьезно: угловой жилец плеснул кислотой в квартирную хозяйку, которая его выставила из квартиры. Обе стороны помирились на суде.

Насколько мне известно, кислотой для мести пользовались мужчины только в России; на Западе это является печальной привилегией слабого пола.

«Автономия больницы». Опыт коллективной психологии

В 1905 году в больнице Николая Чудотворца произошел небывалый факт: грубое насилие над главным врачом, которого служащие вывезли на тачке. Подобное же насилие имело место через некоторое время в Харьковской психиатрической больнице над доктором П. И. Якобием.

Сама форма насилия, позаимствованная на фабриках, где ненавистных администраторов вывозили неоднократно в тачке, — думая этим лишить их возможности вернуться туда, — показывает, что мы имеем дело с фактом общего значения, хотя и крайне необычным. Дело усложняется еще и тем, что в 1918 году в той же больнице всяческими угрозами изгоняют другого главного врача, которого менее года перед тем все служащие единогласно выбрали. Таким образом, мы имеем длительный процесс коллективной психики, который я постараюсь изучить и описать; я делаю это — хотя многие участники еще живы, — только потому, что я последний из очевидцев, знающих историю больницы до 1904 года и принимающий участие в ее жизни по настоящее время.

Обдумывая мои воспоминания, я пришел к выводу, что объяснить этот факт, вернее — серию фактов можно, только коснувшись весьма многих и далеко лежащих областей.

Глава 1
ПРОШЛОЕ

К началу XX века больница Николая Чудотворца представляла собой крепкое органическое целое, связанное определенными традициями и развивавшееся органически более 20 лет.

Она была представительницей Ленинградской психиатрической школы; врачи ее были учениками первого русского психиатра Балинского и последователя его, Ивана Павловича Мержеевского. Она дала ряд выдающихся психиатров, например, преждевременно погибшего д-ра Кандинского, директора образцовой рижской больницы д-ра Тиллинга, профессоров Чижа и Попова; я не говорю о многих других психиатрах.

Во главе ее стоял О. А. Чечотт, более 20 лет бывший центром всей Ленинградской городской психиатрии и создавший все городское призрение душевнобольных. Здесь не место входить в оценку его высокополезной деятельности; он нас здесь интересует как живой центр всей больницы, пользовавшийся общим уважением и симпатиями всех без исключения

Получ. въ 8 ч. 9.XII 1

16

Постановленія

Делегатскаго Собранія отъ всѣхъ служащихъ въ Больницѣ Св. Николая Чудотворца, принятыя въ засѣданіяхъ 3-го и 4-го Декабря.

Въ Засѣданіи 3-го Декабря присутствовали: делегаты отъ врачей: д-ра: Буйковичъ, Родзевскій, Томашевскій, Трошинъ и Чеховъ; делегаты отъ средняго персонала: Бяжковскій, Платоновъ, Чибисова, Шульцъ, Яковлевъ и делегаты отъ младшаго персонала: Беле, Кударо, Мацукъ, Месевичъ и Окородъ. Постановили: 1) Всѣ делегаты въ настоящемъ собраніи съ голосами не рѣшающими; постановленія собранія должны быть переданы на разсмотрѣніе общихъ собраній. 2) По разсмотрѣніи общими собраніями каждаго персонала постановленія будутъ переданы въ соединенное собраніе всѣхъ персоналовъ (всѣ врачи, + делегаты отъ 2-хъ персоналовъ), такъ какъ врачебный комитетъ должно считать общимъ собраніемъ врачей аналогично общимъ собраніямъ средняго и младшаго персоналовъ. 3) Немедленное введеніе частичной автономіи можетъ успокоить больницу, какъ о томъ единогласно заявили средній и низшій персоналъ,

Постановление делегатского собрания всех служащих больницы св. Николая Чудотворца от 4 декабря 1905 года об объявлении автономии больницы (ЦГИА. Ф. 216. Оп. 4. Ед. хр. 12)

служащих. Я не хочу сказать, что дело обходилось без конфликтов; когда я поступал, например, врачи были недовольны им за одну проведенную им меру, но это неудовольствие нисколько не отражалось на том авторитете, которым он пользовался между нами. Шутки часто дают правильный материал для оценки человека; в шутку врачи называли д-ра Чечотта Оттоном Мудрым.

Проэктъ автономнаго управленія въ больницѣ Св. Николая Чудотворца.

Первоначальный текстъ.	Измѣненія и дополненія засѣданія 22^го Окт.
о главѣ больницы стоитъ главный врачъ выбранный на общемъ браніи всѣхъ служащихъ больницы сообщей, прямой, тайной и равной подачей голосовъ на 1 годъ	Во главѣ больницы стоитъ врачъ предсѣдатель Правленія. Способъ избранія передачь на разсмотрѣніе отд. комитетовъ.
2. лавнымъ врачемъ может быть врачъ всякій врачъ больницы.	Детали ценза для выбора главнаго врача, способъ предложеній кандидатовъ передны на разсмотрѣніе комитетовъ.
3. лавному врачу принадлежитъ сполнительная власть по постановленіямъ врачебнаго и совѣтнаго комитетовъ.	
4. авному врачу поручается наблюденіе за правильнымъ ходомъ больничнаго дѣла; за безпорядки по частямъ медицинской, административной и хозяйственной допущенные въ больницѣ главный врачъ привлекаетъ виновнаго къ суду больничному	и общему.
5. онтроль главнаго врача распространяется на всѣхъ врачей, священнослужителей, смотрителя больницы, управляющаго аптекой и вообще всѣхъ служащихъ въ больницѣ.	
6 лавный врачъ разсматриваетъ утверждаетъ своею подписью	

Проект автономного управления в больнице св. Николая Чудотворца, утвержденный заседанием коллектива больницы 22 октября 1905 года для представления в больничную комиссию Санкт-Петербурга (ЦГИА. Ф. 216. Оп. 4. Ед. хр. 12)

Для характеристики коллегии я приведу только ее состав по национальностям; в ней было: 6 русских, 5 поляков, 3 еврея, 1 немец, а также 3 женщины-врача; я подчеркиваю последнее, т.к. д-р Чечотт хлопотал и провел допущение женщин-врачей на службу в городские больницы, и он же был профессором по нервным болезням на первых женских медицинских курсах. Врачебная коллегия носила интернациональный европейский характер. Интересы ее были чисто научные; хозяйственные вопросы ее совершенно не интересовали; это отношение метко характеризовал один из врачей парадоксом: «Что же делать, если больные лежат на полу, только бы истории болезни были хорошо составлены». Искреннее увлечение научной психиатрией и всеми разнообразными областями, ею затрагиваемыми, являлось для врачей единственным утешением, т.к. материальное положение больницы было плохое: начиная с 1895 года, переполнение ее быстро прогрессировало, отказывать в приеме больных она не имела права, а Городская Дума, вернее, больничная комиссия, весьма туго шла навстречу д-ру Чечотту, по-видимому, потому, что разные официальные психиатрические совещания считали больницу настолько плохой, что ее нужно было закрыть и построить новую, и посему ничего не делалось для улучшения дела в течение многих лет, и когда заместивший его д-р Н.[1] получил кредиты, в которых много лет отказывали Чечотту, то было уже поздно. В этот период вся больница представляла одно гомогенное органическое целое, постепенно выкристаллизовавшееся вокруг крупной фигуры главного врача.

Средний и младший персонал больницы прошел отличную школу, и по сейчас старые служащие являются примером для молодых и в самые тяжелые эпохи больницы прекрасно исполняют свой долг, ответственный и опасный. Надо добавить, что во времена д-ра Чечотта более половины их были поляки, что еще более подчеркивало несколько не русский характер больницы. Почему же больницу с заведомо хорошим персоналом и главного врача, пользовавшегося общепризнанным авторитетом в обществе, суде, науке и прессе, прямое начальство, т.е. больничная комиссия и городская управа, держали в черном теле, не открывали необходимых кредитов и искусственно доводили дело до крайнего переполнения больницы?

Ответ на последний вопрос дает нам обострившееся к концу XIX века национальное течение, выразившееся в русификации. Как известно, при Александре III русифицировали все, начиная от балтийских провинций и кончая ведомством путей сообщения. При Николае же II это продолжалось в еще большем размере. В России до 1895 года существовали две психиатрических школы: уже упомянутая мною более старая — петроградская и московская, созданная С.С. Корсаковым. Обе они как бы взаимно дополняли друг друга, хотя, по мнению Нестора русской психиатрии, д-ра

---

[1] Д-р Н.Н. Реформатский, несколько лет т.н. умерший.

Якобия, в петроградской психиатрии преобладало научное направление, в московской же — общественно-гуманитарное. Русифицировать Николая Чудотворца последователями московской школы нельзя было: слишком велика была между ними разница, и, действительно, из трех старших врачей больницы при д-ре Чечотте один, С. Н. Успенский, был москвич, ученик С. С. Корсакова.

Больница Николая Чудотворца с основания ее по настоящее время была всегда передовой; бюрократического духа в ней не было; по-видимому, это и не нравилось тогдашнему директору Медицинского департамента Рагозину и тогдашнему городскому самоуправлению, в частности — всемогущему делопроизводителю больничной комиссии — Полторацкому. Таким образом, имевшаяся в виду реформа больницы Николая Чудотворца могла быть проведена только в духе бюрократизации и национализации ее. Тут мы подходим к очень интересному вопросу о взаимоотношениях между русской официальной административной медициной и земской медициной. Вопрос этот исторически еще не разобран, но можно сказать, что антагонизм этих двух видов медицины проходит с самого начала, когда Приказ общественного призрения противопоставлялся земской медицине, до самого последнего времени старого режима, когда проф. Рейн пытался обюрократить земскую медицину, а министры внутренних дел запрещали Пироговские съезды. В психиатрии эта борьба выразилась в появлении нового рода директоров-бюрократов и в подстройке окружных психиатрических лечебниц, весь уклад коих резко отличался от земских и городских психиатрических больниц.

Теперь можно определенно сказать, что 12 миллионов Приказа общественного призрения могли бы быть израсходованы более продуктивно и более полезно, нежели на постройку окружных лечебниц; в результате оказались правы земские врачи, нападавшие на эту систему, а не правы столпы Министерства внутренних дел, проводившие свою линию. Я далек от мысли повторять прежние нападки на отдельные личности, но должен сказать, что и в данном вопросе проявилась необычайная косность старой бюрократии, персеверировавшей в однажды принятых ошибках и не поддававшейся никаким убеждениям. Эта особенная косность, слепота русских консерваторов резко отличает их от европейских, которые делают необходимые уступки.

О всяком течении можно судить по его плодам; я думаю, что более наглядной разницы, чем между земской московской Покрово-Мещерской больницей и московской же Окружной лечебницей, с ее необычайным отделением для душевнобольных преступников, нельзя себе представить. Покрово-Мещерская больница, при ограниченных средствах, проводила систему нестеснения и открытых дверей, — идеал и задачи психиатрии; в московской же Окружной лечебнице было устроено специальное, так называемое «крепкое» отделение для душевнобольных преступников и

испытуемых, причем планы вырабатывались специалистами: инженерами, жандармами и главным врачом; бывший ординатор рассказывал мне про сложную систему оград, сигнализаций, замков, корабельных стекол, решеток, которые сделали это учреждение единственным в своем роде: из него нельзя была бежать, т. к. служащие запирали больных своими ключами и запирались на время дежурства извне ключом, находившимся у главного врача. Небывалая подробность: двери отделений были двойные, и между ними сидели вооруженные револьверами служители, в то время как принцип психиатрии — не допускать ни одного оружия в больницу. Персонал состоял, большею частью, из бывших жандармов и охранников. Неудивительно, что московский губернатор Джунковский выразил свой восторг при виде этого странного продукта специфического, — по моему мнению, несколько патологического, — творчества. Ни число — около 100, — ни тяжесть преступлений, совершенных помещенными там лицами, ни присутствие в их числе испытуемых смертников не объясняют такого отношения. Для характеристики режима этой больницы добавлю, что один из ординаторов был уволен за то, что сделал визит соседнему земскому врачу. Советская власть, понятно, уничтожила это отделение, а главный врач был арестован в октябре 1917 года.

Система шпионажа между служащими этой больницы процветала: главный врач заявлял, что он там царь и бог; врачи ему говорили «Ваше Превосходительство»; никто из врачей не выдерживал там больше 1 года, и Медицинский департамент даже производил исследование — почему они там не уживаются. Интересно отношение московских психиатров к этой больнице: они ее не считали больницей, а тюрьмой, а главного врача не считали за психиатра, не приглашали на заседания. В данном отношении Москва проявила свойственную ей прямолинейность и гуманность.

Окружных лечебниц было понастроено в России 6 или 7; обходились они правительству очень дорого и своей цели они не достигали. Это было дело тогдашнего директора Медицинского департамента, Л. Ф. Рагозина, который являлся центром всего административного, антиземского течения русской медицины. Тут мне приходится с новой точки зрения подойти к данному вопросу.

Д-р Рагозин начал свою карьеру в Казани директором психиатрической лечебницы, которую передал в окружную. Это был человек весьма даровитый и умный, но очень самоуверенный; он бросил Казань, переехал в Петроград, познакомился с графом Д. Толстым и через него получил совершенно неожиданно место директора Медицинского департамента в 1888 году.

Как известно, течение против земства в правительстве еще началось при Александре II, именно при предшественнике Лорис-Меликова Макове, развившем институт исправников, которых в министерстве в шутку называли «Маков цвет». Этот Маков впоследствии был замешан в растратах

казенных денег и застрелился. Но апогея борьба с земством достигла в эпоху министра внутренних дел графа Д. Толстого, умершего в 1889 году на посту.

Давили, прижимали и душили, как на местах, так и в центре разные начальники департаментов и отделений, те малоизвестные Анциферовы, Гербели и т. п., которые фактически вели текущую работу министерства. Эта персеверация власти в одном направлении крайне интересна, совсем не изучена и может быть объяснена только какой-то особой косностью коллективной психики, захватывающей участников.

Д-р Рагозин является примером того удивительного тяготения к административной, крайне консервативной деятельности, которое роковым образом отвлекало многих русских выдающихся ученых и врачей от научной и общественной деятельности.

Мы имеем тут дело с каким-то гипнозом власти, поглощающим человека, отвлекающим его от нормального труда и весьма часто дающим уклон к злоупотреблениям. Из этой же идеологии власти вытекает, безусловно, перенесение центра тяжести деятельности главных врачей на администрацию вместо медицины. Надо пояснить, что во Франции главные врачи вообще не администраторы, а в Германии любой главный врач, оставаясь хорошим ученым, является и прекрасным администратором, — одно нисколько не мешает другому, т. к. понятно, что научная работа требует большего напряжения, чем административная, и, как мне кажется, всякий привыкший научно мыслить человек легко справится с административными делами, что блестяще доказал О. А. Чечотт.

Но под влиянием Рагозина начали культивировать тип главного врача-администратора, представителями коего являлись директора окружных психиатрических больниц: Московской, Казанской, Винницкой и в Вилейке.

Намеченный заместителем д-ру Чечотту городским самоуправлением д-р Н. именно принадлежал к этому типу врачей-администраторов; т. к. он является одной из центральных фигур последующей драмы, я на нем остановлюсь подробнее; пока подчеркиваю первую причину будущих осложнений: ненормальное, недопустимое, ничем не вызванное введение национальных предубеждений и консервативных предрассудков в вопросе об управлении сумасшедшим домом, т. е. внесение туда политической борьбы.

Д-р Н. отличался большой работоспособностью, но работал медленно, характера был несколько сумрачного, по временам угрюмого, тяжело переживал конфликты с действительностью, имел уклон делать все до резкости прямолинейно, не считаясь с интересами и самолюбием стоявших ему на пути.

Он отличался большим административным опытом, но понимал власть как просвещенный абсолютизм, сосредоточивал все нити в себе и не признавал рядом с собой никаких авторитетов. О младшем и среднем персо-

нале и также о больных он очень заботился, но заботы эти касались, преимущественно, материальной сферы и носили характер отеческой опеки. К противодействовавшим и не признававшим его относился сурово и не стеснялся в мерах воздействия. При обыкновенных условиях д-р Н. был хорошим главным врачом, но несколько деспотичным. Для задачи же, которую ему нужно бы провести, ему не хватало гибкости и такта. Таков д-р Н. как личность.

Выше я пытался очертить то течение, ставленником которого он был, а теперь укажу еще на важный фактор, сыгравший определенную роль в дальнейшем: он был учеником проф. Бехтерева за первый казанский период деятельности последнего, в то время как почти все врачи больницы Николая Чудотворца были учениками проф. Мержеевского, учителя Бехтерева.

Антагонизм отцов и детей проявляется, как известно, не только в реальном мире, но и в мире идей. Каждое поколение должно бороться с предшествующим, пока не победит его, и пока ему не придется, в свою очередь, быть целью для нападения следующего поколения. Разница между двумя идейными поколениями колеблется от 10–25–30 лет; но эта необходимая биологическая борьба и требует обязательно резкостей и суровости.

Что касается петроградских психиатрических больниц, то постепенно и неуклонно они заполнялись учениками и сторонникам проф. Бехтерева, так что к 1902 году единственным убежищем для петроградской психиатрии школы Мержеевского, тщательно оберегавшей свою самостоятельность, была больница Николая Чудотворца, каковой она и осталась по сей час, несмотря на заполнение ее, в эпоху управления д-ра Н., учениками проф. Бехтерева, несмотря на автономию и дальнейшие потрясения.

Тут я должен забежать несколько вперед и отметить, что наша больница, как очень гомогенное целое, легко приспособляла себе на первый взгляд весьма гетерогенные элементы. Самостоятельность, независимость больницы выражалась, например, в том, что в нашем научном заседании делал доклад научный противник проф. Бехтерева, знаменитый физиолог Иван Петрович Павлов.

Таким образом, назначение д-ра Н. вместо д-ра Чечотта являлось не только победой для национализирующего административного течения Рагозина—Полторацкого над самостоятельной передовой и интернациональной городской ячейкой, но и победой бехтеревской школы над последним оплотом школы Мержеевского. За ролью носителя этих идей национализации и бюрократизма исчезают личные качества д-ра Н., вернее — его несомненные плюсы, т. к. его минусы сыграли немаловажную роль в дальнейшем.

Эпизод бегства Пилсудского, ранее описанный мною, был последним поводом к реформированию больницы; понятно, что жандармы взволновались: в больнице главный врач, старший врач, оба ординатора арестантского отделения, дежурный врач, ряд средних и низших служащих — по-

ляки, и из нее бежит, при участии дежурного врача, тяжкий политический преступник, глава польских с.-р.; но так как авторитет д-ра Чечотта был очень велик, и его невинность очевидна, то, чтобы заставить его уйти в отставку, гор. управа прибегла к некрасивому способу: не разрешила ему двух- или трехмесячного отпуска на Кавказ, где д-р Чечотт имел громадную практику; столь же и еще более продолжительные отпуска щедро давались впоследствии д-ру Н. Обиженный О. А. Чечотт подал в отставку и тотчас ее получил. Больница Николая Чудотворца в то время (1902) была главной и наиболее ответственной русской психиатрической больницей, и понятно, что для выбора ее главного врача должен был быть назначен конкурс, тем более что двое из старших врачей больницы, д-ра Томашевский и Успенский, имели все данные быть выбранными; тем не менее, на это место был переведен из Новознаменской больницы д-р Н., что с самого начала подчеркнуло не вполне общественный характер всего дела.

Если бы реформа и русификация больницы были вызваны необходимостью, то понятно, что это сказалось бы на их темпе и решительности, но т. к. мы имели дело с артефактом — искусственной задачей, — то процесс русификации при д-ре Н. стал идти медленно, по типу русификации Финляндии, когда проводившие ее чиновники видели в ней возможность длительного делания карьеры. Д-ру Н. предстояла задача разрушить существовавший гомогенный коллектив, удаляя неподходящие элементы и призывая новые, более подходящие; для других задач были нужны другие люди и другие средства, и вот тут д-р Н. неумело выбирал. По очереди должны были быть изменены все категории служащих больницы: врачи, средний, младший медицинский персонал, административно-хозяйственный персонал. Чуть ли не первый шаг д-ра Н. оказался чреватым самыми неожиданными последствиями.

По нашему обычаю, вновь открывавшиеся врачебные места в больнице предоставлялись экстернам, даром в ней работавшим. В момент ухода д-ра Чечотта последним экстерном был д-р Селиванович — поляк. Вместо него д-р Н. представил на открывшуюся вакансию казанца — ученика проф. Бехтерева, д-ра Г.[2], который сыграл роковую роль в последующем движении и в жизни самого д-ра Н.

После д-ра Г. получили места два казанских врача, два или три киевских, перешел врач из Новознаменской больницы и довольно большое количество женщин-врачей. Таким образом, состав коллегии заметно изменился, и образовалась группа сторонников д-ра Н., состоявшая из четырех старых врачей, при д-ре Чечотте не игравших никакой роли, и части вновь поступивших; но эти сторонники не выделялись настолько, чтобы нейтрализовать или обезвредить партию д-ра Чечотта, которая, наоборот, привлекла на свою сторону наиболее ярких из вновь поступивших, напр., д-ра Г.

---

[2] Проф. Трошин, ныне находящийся за границей. — *Прим. автора.*

Как уже указано выше, наиболее талантливые, умные и научно образованные врачи были не на стороне д-ра Н., и научная деятельность коллегии отошла на задний план до того, что диагнозы и заключения испытуемых д-р Н. предложил решать большинством голосов, что вызвало, понятно, отпор коллегии. Таким образом, в эпоху д-ра Н. большая часть коллегии относилась к нему либо индифферентно, либо отрицательно.

Во время, предшествовавшее первой революции, врачи, особенно городские и земские, были единственной категорией служащих, несколько защищенной от произвола главных врачей; с ними все-таки считались; по отношению к фельдшерскому и младшему персоналу д-р Н. был полновластным хозяином, повторяю, строгим, справедливым, скорее благожелательным, исключая опять-таки инакомыслящих. Несомненный террор, правда не особенно резкий, проводимый д-ром Н., естественно восстановил против него всех служащих, которые только скрывали это. Говорят, что в этом вопросе д-р Н. слушался как своей семьи, так и некоторых доносчиков; очевидно, д-ру Н. необходимо было собрать себе извне преданных средних и младших служащих. И тут можно сказать категорически, что он выбрал их неудачно.

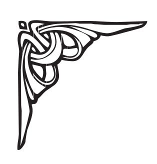
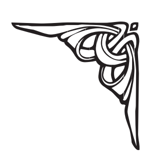
С одной стороны, выдвинутые им лица оказывались не на высоте, и их приходилось часто менять; с другой стороны, ряд хороших служащих, выписанных им из московской земской больницы, оставаясь отличными служащими, стали относиться к нему отрицательно, и — поразительный факт — автономное движение, приведшее к катастрофе, было поднято именно его ставленниками — д-ром Г., смотрителем Шульцем, старшим надзирателем Богдановым, младшим надзирателем Яковлевым, вахтером Лавенковым и многими другими. Перечисленные мною лица оказались на скамье подсудимых, кроме Богданова, которому незадолго до насилия испытуемый нанес тяжелое увечье черепа. Во всей своей административной тактике д-р Н. мог опираться только на внешнюю силу: на больничную комиссию, на Рагозина, а т. к. сила эта была велика, то он и не стеснялся.

Все приведенные д-ром Н. улучшения не вызвали в служащих теплого чувства к нему; быть может, тут играл роль сумрачный, угрюмый, тяжеловесный характер д-ра Н.— полная противоположность подвижному, жизнерадостному, ласково шутившему Чечотту.

(*Продолжение следует*)[3]

---

[3] К сожалению, по неизвестным нам причинам данная публикация так и не была завершена. (*Прим. ред.*)

Федор Александрович НАУМОВ (1873–1942)



Данные работы доктора Ф. А. Наумова, проработавшего почти 40 лет в нашей больнице, мы приводим особо, как освещающие ранний советский период, исторически не изученный до настоящего времени. Работы написаны непосредственным участником событий, сыгравшим не последнюю роль в становлении психиатрической службы в тяжелые послереволюционные годы. Интересным представляется, что данная работа является логичным продолжением проекта развития службы, который реализовывался О. А. Чечоттом в дореволюционный период.

Биографические сведения о Ф. А. Наумове изложены во втором томе настоящего издания.

Печатается по изданию:

Наумов Ф. А. Вторая психиатрическая больница // Современная психоневрология. — 1926. — № 1. — С. 115–116.

Ф. А. НАУМОВ

Вторая психиатрическая больница

Вторая психиатрическая больница в Ленинграде, бывшая больница святого Николая Чудотворца, является одним из крупнейших и наиболее старых психиатрических учреждений России. Построенная при Николае I в 1842 году как Исправительное заведение, она стала призревать в своих стенах некоторое количество душевнобольных, а с 1872 года стала функционировать как исключительно психиатрическое учреждение столицы.

Развиваясь и увеличиваясь в дальнейшем, она ко времени наступления в 1917 году революции вмещала в себе вместе с многочисленными филиальными отделениями в городе до 2000 психиатрических коек. Затем, в период тяжелых переживаний для Ленинграда в связи с гражданской войной и блокадой, филиальные отделения ее были ликвидированы, и в 1919–1920 гг., когда город претерпел бедствия голода и тифозных эпидемий, количество душевнобольных в ней стало уменьшаться вследствие крайнего повышения процента смертности. Часть больных, переведенных по настоянию члена коллегии Губздрава К-ой в больницу «Всех Скорбящих» (ныне больница им. Фореля), быстро вымерла там от крайне тяжелых условий существования и голода. Количество душевнобольных в больнице св. Николая Чудотворца осталось в это время крайне незначительным, и Губздрав не раз поднимал вопрос о закрытии ее. Всё же в период наивысшего развития сыпно- и возвратнотифозных эпидемий в городе части отделений было дано иное назначение — они были отведены под помещение красноармейцев, заболевших тифом. В то время, в 1920–1921 гг., больница выполняла в лице своих врачей и остального медицинского персонала двойную функцию: обслуживала душевнобольных города и губернии и несколько сот красноармейцев, больных разными видами тифа.

С прекращением тифозных эпидемий и общим улучшением условий жизни в городе больница св. Николая Чудотворца, переименованная в то время во 2-ю психиатрическую больницу, стала снова функционировать как крупнейшее психиатрическое учреждение в Ленинграде, обслуживая всякого рода душевнобольных, главным же образом острых. Правда, для застрахованных душевнобольных Губздрав отвел загородную больницу им. Фореля (бывшую «Всех Скорбящих»), но значительное число застрахованных призревалось и лечилось по-прежнему во 2-й психиатрической больнице, что наблюдается, впрочем, и в настоящее время.

Начиная с 1923 года 2-я психиатрическая больница начала жить особенно интенсивной и напряженной психиатрической жизнью, проявив большую жизнеспособность и энергию и доказав своей работой, что и в новых условиях быта она является важнейшим психиатрическим центром в Ленинграде.

С этого времени она делается не только центром кипучей практической работы, но и средоточием, до известной степени, научной психиатрической деятельности. Своим богатым психиатрическим материалом она начинает обслуживать все медицинские вузы Ленинграда, за исключением разве Военной медицинской академии, причем представители психиатрических кафедр Ленинградского медицинского института и Государственного института медицинских знаний не только пользовались и пользуются клиническим материалом, но читают лекции и ведут часть практических занятий со своими слушателями в стенах самой больницы. С 1923 года Государственный клинический институт усовершенствования врачей получил разрешение открыть в стенах этой больницы свою психиатрическую клинику. Вначале она функционировала в приемном женском отделении больницы, причем для этого по просьбе профессора К. И. Поварнина ему было отведено две палаты, а чтение лекций для врачей и соответствующие занятия и клинический разбор больных проходили в кабинете заведующего отделением. С отпуском соответствующей суммы и после произведенного ремонта эта клиника с осени 1924 года стала функционировать на обособленном коридоре приемного женского отделения, располагая 30 кроватями; до 20 кроватей помещаются в палатах отделения, остальные же 20 кроватей (клиника считается на 70 кроватей) разбросаны на других отделениях, главным образом на 3-м мужском. Один день в неделю (понедельник) посвящается лекции для врачей и демонстрации больных, второй же день (четверг) отводится подробному клиническому разбору наиболее интересных больных, находящихся в распоряжении клиники, причем разборы эти привлекают значительное число врачей, как слушателей Института, так и врачей больницы, особенно же многочисленных молодых врачей, интернов больницы и экстернов, желающих работать в клинике.

С осеннего минувшего семестра на том же приемном женском отделении больницы стала функционировать психиатрическая клиника для слушателей Ленинградского медицинского техникума, причем чтение лекций по теоретической психиатрии ведется профессором В. М. Нарбутом, а чтение лекций по практической психиатрии и занятия со слушателями техникума — одним из врачей больницы.

С 1925 года при больнице (в помещении ее прежней лаборатории) открыта и оборудована при содействии академика В. М. Бехтерева рефлексологическая лаборатория, в которой ведутся многочисленные работы рефлексологического характера целым рядом молодых врачей и в том числе многими интернами. В связи с недавно исполнившимся 40-м юбилеем профессорской деятельности В. М. Бехтерева постановлено присвоить лаборатории имя юбиляра.

Кроме научных собраний врачей больницы, происходящих обычно два раза в месяц, где делается ряд научных сообщений, за последнее время

образован научный кружок врачей, задавшихся целью наиболее объективного подхода и изучения вопросов психоневрологии.

Из текущих работ в больнице можно отметить наблюдения за наследственными психозами последнего времени, изучение влияния музыки на душевнобольных и лечение случаев прогрессивного паралича малярийными прививками.

Печатается по изданию:
Наумов Ф. А. К вопросу о реорганизации психиатрической помощи в Ленинграде и Ленинградской области // Здравоохранение. — 1929. — № 2. — С. 19–33.

Ф. А. НАУМОВ

К вопросу о реорганизации психиатрической помощи в Ленинграде и Ленинградской области

Правильно поставленная организация психиатрической помощи населению в стране или области должна состоять из сети психиатрических систем, причем каждая должна включать в себя ряд психиатрических учреждений специального назначения, взаимно одно другое восполняющих и в своей совокупности полностью удовлетворяющих — с психиатрической точки зрения — нужды и потребности всего населения данной страны или области. Каждая такая психиатрическая система должна состоять из больницы-лечебницы для острых душевнобольных с приемным покоем, распределителем и нервно-психиатрическим диспансером при ней, учреждения для выздоравливающих и хроников, требующих по преимуществу трудового режима, типа пригородной или загородной больницы-колонии, отделения для слабых и неспособных к труду хроников, типа домов для инвалидов с упрощенными и более дешевыми способами ухода за такими больными, и института посемейного призрения (patronage familiar), устроенного по той или иной системе.

С современной точки зрения борьба с душевными болезнями никоим образом не должна ограничиваться только мерами лечения душевнобольных с развитыми уже формами душевных расстройств, но помимо этого должны применяться в самом широком масштабе, охватывающем по возможности все население, меры психической гигиены и профилактики.

Применение этих предупредительных профилактических мероприятий будет проводиться теми специальными нервно-психиатрическими диспансерами, которые будут приданы, как необходимая часть, всем или по крайней мере некоторым из этих учреждений. Функции нервно-психиатрического диспансера, если он правильно поставлен и полностью удовлетворяет своему назначению, весьма широки и разнообразны и заключаются в профилактическо-обследовательской и учетно-статистической, лечебно-консультативной, наблюдательно-распределительной и культурно-просветительной деятельности. При помощи врачей, работающих в нервно-психиатрическом диспансере — райпсихиатра и других, а равно и сестер-обследовательниц, такой диспансер призван вести сложную и разнообразную работу, взяв на себя заботу по наблюдению за нервно-психическим здоровьем всего населения своего района, при широком и разнообразном содействии самого населения или его представителей.

Прежде, однако, чем приступить к изложению плана организации психиатрической помощи населению какой-либо обширной территории, необходимо произвести более или менее точный учет всем по возможности душевнобольным, находящимся в населении, прибегнув к соответственной психиатрической переписи. В данных условиях, касающихся Ленинграда и Ленинградской области, перепись эта должна быть выполнена в отдельности для Ленинграда и для области, сначала в отношении населения важнейшего центра, каким является Ленинград, а затем уже на всей остальной территории области.

Ленинградская область с населением в 9 000 000 человек и с территорией, равной целым отдельным государствам Европы, имеет вне Ленинграда всего лишь две крупных психиатрических больницы — Колмовскую в Новгородском и Черняковицкую в Псковском округе.

Главное внимание, и притом в первую очередь, должно быть обращено на Ленинград и на урегулирование психиатрической помощи в этом важнейшем городе Союза, с его двухмиллионным почти населением.

Дело психиатрической помощи здесь в настоящее время далеко до совершенства. В ведении Ленинградского облздравотдела имеются три крупные психиатрические больницы, расположенные в городе или его ближайших окрестностях, и Сиворицкая им. П. П. Кащенко, бывшая больница Петерб. губ. земства возле Троцка, в 60 км. от Ленинграда, больница им. Балинского (б. частн. лечебница Бари), отделение на 100 псих. коек в больнице им. Бехтерева и Институт невро-псих. экспертизы заключенных имени Ленина на 50 мест. Считая, что первая психиатрическая больница им. Фореля имеет 650–700, вторая психиатрическая больница — 650, третья — 1200, больница им. Кащенко 450–500 и все остальные небольшие псих. учреждения Ленинграда — 300 мест, можно видеть, что в распоряжении облздравотдела имеется 3000–3200 псих. коек, что является далеко недостаточным для нужд Ленинграда, не говоря уже о целой обширной

области. К тому же следует принять во внимание, что 500 коек второй психиатрической больницы, обслуживающей в качестве областной нужды населения области, должны быть сняты со счета.

Между тем, до начала общеевропейской войны тогдашний Питер располагал значительно большим количеством псих. коек, а именно — больница св. Николая Чудотворца, являвшаяся городским приемником для душевнобольных, с ее пятью филиальными отделениями, расположенными в различных частях города, вмещала 2000 больных, больница св. Пантелеймона — 650, больница-колония на Новознаменской даче 1200 и патронажи — Ямбургский, Новоладожский и Новодеревенский — 450 чел., т. е. всего приблизительно 4300 мест. Помимо этого, для нужд населения довоенного времени в Петербурге были — больница «Всех Скорбящих» на 450–500 кроватей, отделение Николаевского военного госпиталя на 150, псих. клиника Воен. мед. академии на 100 и три частные псих. лечебницы на 300 приблизительно кроватей все вместе. Итак, для надобностей населения тогдашнего Петербурга, равного приблизительно по численности населению нынешнего Ленинграда (2 000 000 чел.), было не менее 5500 псих. коек. Наконец, Сиворицкая губ. псих. больница имела в своем распоряжении 350–400 мест. Следовательно, довоенный Петербург с его губернией имел для нужд населения около 6000 псих. коек. Но уже и эта цифра считалась недостаточной, и городское общественное управление полагало необходимым открыть еще одну больницу-колонию, по типу Новознаменской, на 1500 кроватей. По приблизительному же расчету д-ра Чечотта, к 1924 году, когда прирост городского населения должен был возрасти на 650 тысяч, одно городское управление должно было иметь в своем распоряжении 5600 псих. мест. Расчет д-ра Чечотта был таков: вновь сооружаемая псих. лечебница для острых больных — 300 мест, больница св. Пантелеймона — 600, Новознаменская колония — 1500, вторая больница-колония того же типа — 1600, приюты для спокойных хроников (по типу богаделен) — 1000 и 600 мест в патронаже.

В послереволюционное время больница-колония на Новознаменской даче была передана в ведение Наркомюста в качестве трудовой колонии для принудительных работ, и сравнительно недавно — в ведение Облоно, как детская колония для трудновоспитуемых. Попытки же Облздравотдела вернуть себе это столь важное для планомерного развития псих. помощи учреждение до сих пор не увенчались успехом. Не удалось также до настоящего времени восстановить и патронаж. Москва же как для нужд столичного населения, так и населения бывшей ее губернии помимо двух основных псих. больниц, первой и второй (б. Преображенской и Алексеевской), взяла в свое ведение Подольскую псих. больницу в Покровско-Мещерском (ныне им. В. И. Яковенко) и бывшую Окружную лечебницу на 1000 кроватей, превратив ее в больницу-колонию для хроников. Кроме того, Мосздрав, восстановив городской и отчасти деревенский патронаж (при больнице

им. Кащенко на Канатчик. даче), восстанавливает патронаж в г. Вознесенске. Следовательно, Москва в настоящее время значительно лучше обеспечена психиатрической помощью, нежели Ленинград, и все же она стремится к дальнейшему расширению своего психиатрического стационара.

Тем большая нужда в этом отношении ощущается в Ленинграде, который не имеет в данное время ни достаточной по своим размерам больницы-колонии (Сиворицкая им. Кащенко пока не развернута и слишком мала), ни патронажа хотя бы в зачаточном состоянии.

Здесь же своевременно коснуться вопроса о том, каков в настоящий момент состав больных, находящихся в населении, и не требует ли он каких-либо по сравнению с прежним изменений в смысле ухода и лечения при помещении в больницы. Насколько возможно судить на основании опыта последних лет, состав душевнобольных, поступающих в психиатрические лечебницы Ленинграда и Москвы, действительно значительно изменился. Нетрудно убедиться, наблюдая поступление и движение больных во второй психиатрической больнице, являющейся в Ленинграде приемником и распределителем, что больных поступает больше (до 15–20 человек и более в сутки против 10–12 в среднем в прежнее время) и они скорее покидают больницу. Кроме того, изменился и самый состав больных, а именно: много больных поступает с острыми свежими формами душевных заболеваний, с реактивными, с маниако-депрессивнымн психозами, с сумеречными эпилептическими состояниями, много психопатов истеричных, психастеников, травматиков, эпилептиков, наркоманов, в особенности же много до последнего времени поступило алкоголиков. Помимо этих форм, в значительной степени увеличилось поступление душевнобольных, у которых психическое заболевание обусловлено сифилисом, при этом особенно увеличилось число прогрессивных паралитиков, и не только мужчин, но и женщин, что, видимо, стоит в тесной связи с резким увеличением распространения сифилиса за период войны. Резко возросло и поступление больных с так называемыми пресенильными и артериосклеротическими психозами. Следует отметить, что немалое число подобного рода больных, поступающих то из дому, то из соматических больниц или инвалидных домов, являются весьма слабыми и в то же время беспокойными и трудными по уходу за ними душевнобольными.

Очевидно, тяжелый для населения период войны и революции, голоданье и всевозможные тяжкие физические и моральные страдания резко истощающим образом сказались на мозговых функциях населения и породили множество новых заболеваний среди особенно неустойчивого и предрасположенного, в силу присущей нестойкости организма, к душевным заболеваниям контингента.

Из всего этого разнообразного состава немалое число остается к концу года в больнице, с одной стороны, беспокойных и опасных для окружающих и себя (покушения на самоубийство) больных, а с другой стороны, больных

слабых и неопрятных, требующих особенно тщательного, специального ухода за собой. Обстоятельства, вытекающие из изменения состава больных в количественном и особенно в качественном отношении (большое число беспокойных, опасных и трудных в отношении ухода за ними), предъявляют современным психиатрическим больницам особые требования, а именно, чтобы больницы стали по преимуществу психическими лечебницами в собственном смысле этого слова. При этом, безусловно, необходимо, чтобы приемные отделения были более значительных размеров, с широким проведением в них постельного режима, а также чтобы были увеличены как отделения для беспокойных, так и для слабых больных. Самое лечение в психиатрических больницах должно быть проводимо по двум основным направлениям: с одной стороны, должна применяться в самых широких размерах трудотерапия (даже и у острых псих. больных), с возможной индивидуализацией в каждом случае, с другой же стороны, должна проводиться, после тщательного и всестороннего клинического и лабораторного обследования больного и постановки диагноза, специальная в отношении каждого случая терапия, с применением всех новейших методов лечения, до хирургических включительно.

Разумеется, такая постановка психиатрических больниц, с преобладанием в них острых больных и с устремлением внимания главным образом на правильную и широкую постановку дела лечения в них, повлечет за собой изменение характера работы и условий работы для медицинского персонала, начиная с врачей и кончая санитарами и сиделками, требуя углубления научной работы со стороны врачей и большей подготовки в деле ухода и наблюдения за больными со стороны среднего персонала — сестер, причем пришлось бы увеличить и число их, между тем как роль младшего персонала пришлось бы тогда отодвинуть на второй план, потому что на его долю осталось бы главным образом выполнение более простой работы — как уборка палат, мытье полов, делание ванн и пр.

В случае выполнения этого плана и предназначения существующих в Ленинграде психиатрических больниц преимущественно, если не исключительно, для лечебных целей необходимо позаботиться о том, чтобы все хроники, не нуждающиеся в специальном лечении, возможно скорее были эвакуированы из стен лечебниц в особые внебольничные помещения для хроников, в больницу-колонию и в патронаж. Ввиду того, что правильное устройство колонии, в особенности же большого патронажа, потребует длительного времени, а положение переполненных и сейчас уже психиатрических больниц должно быть рассматриваемо как нетерпимое и чреватое большими осложнениями, необходимо будет тотчас же приступить к выселению больных-хроников из разряда спокойных, нетрудоспособных и физически слабоватых в учреждения типа инвалидных домов (прежних богаделен), где в отношении этих больных был бы применен более простой и дешевый способ обслуживания и надзора.

Помимо того, необходимо озаботиться устройством больницы-колонии для душевнобольных земледельческого типа, каковая имеется в ведении Ленинградского облздрава только в зачаточном состоянии, — это больница им. П. П. Кащенко в Сиворицах. Москва, располагая в качестве больницы-колонии бывшей Окружной лечебницей на 1000 кроватей, имеет в этом отношении значительное преимущество перед Ленинградом. В настоящее время Сиворицкая больница имеет всего 400 мест, она легко может быть расширена еще на 100–150 мест, но все же и в таком случае она не смогла бы полностью удовлетворить потребности помещения в ней всех тех больных трех основных ленинградских психиатрических больниц, которые больше всего нуждаются в колониальной форме призрения. Между тем, она располагает большим количеством пахотной земли (до 500 десятин) и значительных размеров молочною фермой, и все это, безусловно, должно быть использовано полностью и как можно целесообразнее. Для правильного и полного развития психиатрической помощи в Ленинграде трудно все же будет обойтись без второй больницы того же типа, какой и была в свое время Новознаменская дача. Это специально созданное для колониальных больных и образцово в свое время поставленное учреждение на 1500 мест находится в настоящее время в ведении Облоно. Облздравотделу придется употребить все зависящие от него средства, чтобы это располагающее 175 дес. владение, со специально для душевнобольных построенными зданиями, было возвращено для использования по своему прямому назначению. Без Новознаменской дачи трудно и почти невозможно будет правильно реорганизовать психиатрическую помощь в Ленинграде, если только помощь эту развить как следует — широко и планомерно.

Однако, не дожидаясь того времени, когда вопрос о возвращении Новознаменской дачи для надобностей Облздравотдела может быть разрешен в благоприятном смысле, необходимо приступить к приспособлению больницы им. Кащенко под больницу-колонию значительно большей емкости, нежели какой она является в настоящий момент. Для этого следовало бы произвести внутреннюю перепланировку существующих огромных павильонов, разбив их внутри на меньшие отделения и построив на территории больницы-колонии несколько новых барачного типа бревенчатых, а не каменных зданий. Помимо тех, колониального типа больных, что имеются уже в ней, сюда должны быть направлены из всех городских психиатрических больниц все более или менее способные к физическому труду хроники, как мужчины, так и женщины. В настоящее время трудно было бы с точностью определить общее количество всех больных колониального типа, находящихся в населении всех психиатрических больниц, но все же предположительно можно высказаться, что 500–550 мест Сиворицкой больницы в настоящем ее виде не обеспечили бы возможности сосредоточения здесь большей части трудоспособных хроников, но нельзя забывать и того, что здесь уже могли быть временно помещаемы больные с излечи-

мыми, но затянувшимися формами психозов, дли которых земледельческий труд, в виде огородно-полевых работ, оказался бы особенно полезным.

Система психиатрической помощи населению Ленинграда и его области явилась бы неполной и незаконченной, если бы ее не удалось завершить устройством семейного патронажа (patronage familial) для тех больных, которым этот вид помощи наиболее необходим и полезен. При изыскании способов дать душевным больным возможность пользоваться наибольшей доступной им свободой и жизнью, близкой по своему строю и обстановке к нормальной, семейной, нашли возможным осуществлять это в форме так называемого семейного призрения, приобретшего постепенно такую широкую повсюду популярность. Уже в больнице-колонии душевнобольные относительно широко пользуются различными благами жизни, что достигается применением трех основных главнейших принципов современной психиатрии — системы возможного нестеснения больных (no restraint), открытых дверей (open door) и трудового режима, преимущественно на вольном воздухе (на ферме, огороде, в поле). Но все же больница-колония не в состоянии бывает предоставить душевнобольным таких разнообразных личных удобств, такой свободы, как жизнь на воле, в своих или чужих семьях, где больные могут пользоваться еще большей свободой и могут жить вполне удовлетворяющей их личной жизнью. Эта система имеет, как известно, огромное значение и в чисто экономическом отношении, и, будучи значительно дешевле коечного содержания и лечения (в больницах или колониях), нашла при соответственных условиях самое широкое распространение в большинстве культурных стран — Бельгии, Голландии, Франции, Германии и особенно в Шотландии, где патронируется около трети всех душевнобольных в стране и где дело посемейного призрения поставлено на недосягаемую высоту по правильности принципов, целесообразности и удобствам, предоставляемым для больных.

Здесь я не стану останавливаться на том, как и почему возник и развился патронаж, какие стадии он прошел в Западной Европе и у нас и перейду к рассмотрению вопроса в конкретном его виде, — как посемейное призрение может быть осуществимо здесь, в Ленинграде. В Москве патронаж в городе, притом в довольно больших размерах, существовал в довоенное время, и душевнобольные были размещены как в своих, так и в чужих семьях. В настоящее время городской патронаж в Москве невелик и состоит из 75 чел., живущих у так называемых хозяек-санитарок, находящихся на службе у Мосздрава, и приблизительно 350 человек, живущих у своих родных, получающих на них пособие.

Что касается внегородского патронажа, то в ведении Мосздрава имеются: один в Подольском уезде близ больницы им. В.И. Яковенко (в Покровско-Мещерском) и второй в окрестностях Москвы, неподалеку от больницы им. П.П. Кащенко (бывшей Алексеевской на Канатчиковой даче). Патронаж в Подольском уезде состоит из 50 чел., размещенных в семьях служащих,

живущих возле больницы (патронаж у ворот больницы), и 250 человек, живущих в родных семьях по разным селениям и деревням уезда, причем семье такого больного выдается по 8 руб. в месяц пособия. Второй деревенский патронаж в количестве 300 чел. (175 ж. и 125 м.) находится в соседнем с Москвой селе Богородском и в нескольких смежных деревнях, Тропареве и др. Здесь за больного выплачивается в месяц по 15 руб. кормильцу и по 1 руб. в пользу общества («плата миру»). На руки хозяину-кормильцу выдаются для больного постельные принадлежности, белье и одежда на тот же срок, что и по больнице. Все эти вещи находятся на ответственности хозяина-кормильца и на учете завхоза и конторы больницы. Приблизительная стоимость содержания за год больного в патронаже обходится в 350 руб. или немного дороже.

Кроме того, Мосздрав имеет в виду восстановить в самом непродолжительном времени патронаж городского типа в г. Вознесенске (в 60 км по железной дороге от Москвы). Здесь предполагается содержать на первых порах 350 душевнобольных мужчин и женщин, в дальнейшем же увеличить размеры патронажа до требуемых обстоятельствами дела размеров. Этот патронаж устраивается по концентрированному типу городских патронажей Зап. Европы Gheel'a, Lianeux, Dun и некоторых шотландских. Согласно предполагаемому плану, больные сюда будут поступать только из 1-й Московской психиатрической больницы (бывшей Преображенской). Таким образом, каждая из основных психиатрических больниц г. Москвы будет иметь свой особый патронаж — первая патронаж городского типа, вторая сельского типа в с. Богородском и окрестных деревнях.

При правильной постановке организации психиатрической помощи в Ленинграде, проводимой в плановом масштабе, безусловно, необходимо, как и в Москве, устройство патронажей — одного по типу сельского, другого по типу концентрированного городского. Огромное значение патронажа, как необходимого звена в цепи учреждений психиатрической системы, обусловливается прежде всего необходимостью изъять из психиатрических больниц переполняющих их хроников, иначе психиатрическая больница может совершенно утратить свою основную и главнейшую функцию, быть по преимуществу лечебным учреждением для острых душевнобольных, затем чисто экономическими соображениями, т. к. больной, находящийся в патронаже, обходится дешевле коечного больного на 30–40%, возможностью быстрой организации этого вида психиатрической помощи и легкой сравнительно приспособляемостью к местным условиям. Но все же главнейшим показанием к помещению хроников в патронаж, в условия жизни в отдельной семье, являются соображения гуманного и лечебного характера, ибо для многих больных жизнь при известных условиях комфорта и здоровый сельский труд на воздухе являются лучшими стимулирующими средствами для психики, поддерживающими ее и предохраняющими от полного распада.

При рассмотрении вопроса об устройстве патронажа в Ленинграде прежде всего надо принять во внимание, какое число подходящих для этого душевнобольных может быть в населении, а затем при каких условиях больные этого рода наиболее целесообразно могли бы отбираться для патронажа. Прежде полагали, что количество подходящих для патронажа лиц довольно велико — от 20 до 40%, но такой процент в настоящих условиях следует признать чрезмерно высоким. Как было уже упомянуто выше, состав поступающих в психиатрические больницы пациентов резко за последние годы изменился, и его едва ли можно предполагать выше 10. Исходя из расчета, что количество душевнобольных, находящихся в психиатрических больницах, равно 3000, а число больных, пребывающих вне больниц и находящихся на учете райпсихиатров, равно 500–600 человек, основное ядро патронажа следует считать равным 350–360 человек. Как показывают статистические данные, при правильной постановке осмотра больных и направлении их в психиатрические лечебницы лишь половина или немного больше половины всего числа душевнобольных нуждается в немедленном помещении в специальные лечебницы, около 40% по осмотре их специалистами могут быть оставляемы в условиях домашней обстановки и нуждаются или в посещении их время от времени врачом психиатром или в амбулаторном лечении при нервно-психиатрическом диспансере, и, наконец, около 30% составляют те субъекты, которые как раз больше всего нуждаются в условиях патронажа. При этом следует отметить то обстоятельство, что эти лица, если они, минуя больницу, сразу переводятся в условия патронажного существования, лучше и скорее свыкаются с новой для них обстановкой, которая, естественно, ближе подходит к прежним условиям их жизни, и в этом случае им не приходится отделываться от тех навыков и привычек, которые неизбежно прививает им хотя бы и временное пребывание в стенах психиатрической больницы.

В предвоенный период, в 1912–1914 гг., петербургское городское общ. управление имело в своем ведении патронажи на 400 приблизительно мужчин и женщин. Устройство их было поручено в 1907 году д-ру Н. Н. Реформатскому, который и осуществил их весьма умело, со свойственной ему добросовестностью и тщательностью, предусмотрев все наиболее существенное. Из общего числа душевнобольных 60–65 человек находились в городском патронаже на одной из окраин Петербурга, в Новой Деревне, 50 человек в земледельческой колонии д-ра Маляревского в Ново-Ладожском уезде и 275 человек образовали Ямбургский патронаж близ ст. Молосковицы, в селении Шуховицы и других, расположенных поблизости деревнях. В одном соседнем имении был устроен приемный покой. Здесь же жил врач, заведовавший патронажем, и соответствующий медицинский персонал. В дальнейшем, как предполагал, напр., д-р Чечотт, количество больных, живущих в патронаже, постепенно должно было увеличиться по крайней мере до 600 человек.

При настоящих условиях от устройства городского патронажа в самом Ленинграде необходимо будет отказаться, т. к. в данный момент, в связи с крайним ограничением жил. площади и большим вздорожанием продуктов, невозможно было бы подыскать лиц, согласных взять на свое попечение душевнобольных пансионеров за скромное сравнительно вознаграждение в 15–20 руб. в месяц, и поэтому в Ленинграде пришлось бы ограничиться устройством в городе больных в их собственных семьях, но в силу тех же особенно трудных квартирных и продовольственных условий и этот вид патронирования, как показал предварительный опрос родственников, едва ли может быть осуществлен в сколько-нибудь значительных размерах.

Гораздо легче будет осуществить деревенский патронаж в тех или иных размерах. Можно попытаться возобновить его снова в Ямбургском районе, но насколько удачно будет осуществить его при новых изменившихся условиях жизни, сказать трудно. Более поэтому подходящим было бы устроить и развить постепенно деревенский патронаж поблизости Сиворицкой больницы-колонии им. Кащенко, в соседних селах и деревнях с Сиворицами, и это тем более осуществимо, что попытка устройства здесь деревенского патронажа, правда, в небольших размерах, была сделана раньше.

Благоприятные климатические и природные условия местности в районе расположения больницы, население, занимающееся по преимуществу земледельческим трудом, известная умеренная удаленность от ближайших железнодорожных станций (Троцка и Суйды), отсутствие поблизости заводов и фабрик — все это является в известной степени условиями, благоприятствующими и вполне подходящими для устройства здесь деревенского патронажа значительных размеров. Можно предполагать, что поселенным здесь спокойным и в известной степени трудоспособным больным можно создать весьма благоприятные и полезные для них условия существования, с трудовым режимом на воздухе и значительной свободой, благодаря чему большинство душевнобольных могло бы проявить свою личность и трудоспособность и жить удовлетворяющей их личной жизнью.

Самым трудным может оказаться выбор семей, в которые будут определены больные, т. к. необходимо, чтобы члены семьи были люди вполне трезвые, трудолюбивые, аккуратные и чистоплотные, которые к тому же сердечно относились бы к своим больным и отнюдь не пытались бы эксплуатировать их труд. Особенная осторожность и осмотрительность требуется при выборе крестьянина-кормильца, в семью которого помещаются душевнобольные женщины, не достигшие критического возраста. Правда, должен быть писаный договор, которого обязаны тщательно придерживаться обе стороны, но все же главное должно заключаться в разумном понимании хозяевами добровольно принятых на себя обязанностей и забот. Как показывает опыт и практика, не следует помещать в одну семью больше двух, в крайнем случае трех душевнобольных, т. к. в этом случае хозяева не смогут, при всем желании, уделить достаточно забот и внимания

своим пансионерам. Больные, которых помещают в крестьянские семьи, могут быть деятельными помощниками своего хозяина в его полевых и домашних работах, но необходимо, чтобы в этом отношении существовал постоянный правильный надзор и контроль со стороны медицинского персонала — врача и надзирателей.

Плата за каждого помещаемого в семью больного при современных условиях должна быть не менее 20 руб. в месяц. Кроме того, в целях пробуждения некоторой заинтересованности и благожелательного отношения к больным, следует добавлять еще некоторую плату в размере хотя бы рубля в пользу сельского общества, т. наз. «плату миру». Взамен платы хозяева предоставляют больному — своему иждивенцу кров, простой, но здоровый стол и соответственный за ним уход и наблюдение. Хозяин имеет право пользоваться трудом своего больного и даже обязан побуждать своего жильца к работе как по дому, так и вместе с собою на огороде и в поле, но никоим образом не злоупотреблять трудом больного.

Чтобы создать более прочную базу для сельского патронажа, необходимо в значительной степени экономически заинтересовать крестьян-кормильцев наших душевнобольных, а этого лучше всего, пожалуй, можно достичь, если каждого такого хозяина, взявшего на свое попечение одного или двух больных, обеспечить прирезкой к его земельному участку соответственного надела земли по числу новых едоков. При этих условиях семья крестьянина, делясь всем, чем сама располагает, со своими пансионерами, будет иметь достаточное количество засеваемой земли, обрабатываемой в значительной степени трудом принятых к себе трудоспособных больных, и это обстоятельство, думается мне, может явиться наиболее привлекательным и надежным стимулом к самому добросовестному и наиболее гуманному отношению со стороны крестьянина-кормильца к своим душевнобольным опекаемым.

Этот вид сельского патронажа будет принадлежать к типу концентрированных патронажей, расположенных в одной местности поблизости от основной больницы-колонии, которая будет являться центром разбросанных вокруг нее по ближайшим селам и деревням спокойных душевнобольных. Таким образом, Сиворицкий деревенский патронаж будет до известной степени, в широком смысле, патронажем у ворот больницы (по Alt'у или Баженову), часть же больных может, кроме того, составить патронаж у ворот больницы и в буквальном смысле этого слова, будучи размещена в семьях наиболее надежного младшего персонала больницы, живущего поблизости, по одному, по два душевнобольных на семью одного такого служителя или сиделки. В этом деревенском патронаже могла бы найти себе приют большая часть больных, преимущественно природных сельских жителей, для которых вся обстановка крестьянской жизни и полевые работы на воздухе являются естественными и привычными. Для этого патронажа, ввиду близости его от больницы-колонии, не потребовалось бы

устройства отдельного пункта-приемника, т. к. в случае нужды в том каждый больной, при изменении его психического состояния, без труда может быть возвращен в больницу.

Но помимо душевнобольных, происходящих из крестьянской среды, в ленинградских психиатрических больницах находится немало пациентов горожан, которым совершенно незнакома и непривычна деревенская обстановка и жизнь в деревне, крестьянская среда для них не совсем обычна и не вполне к ним подходит, т. к. они с детства привыкли к чисто городским условиям жизни, к некоторому минимуму удобств, к иному столу, к домашним городским занятиям, к ремеслам, а не к полевым работам. Для этих лиц, исходя из тех же гуманных и лечебных показаний, надо стремиться создать в патронаже иные условия существования и иную, городскую обстановку. Поэтому и патронаж должен бы быть в городе. Однако в самом Ленинграде, как мы уже видели, осуществить его было бы невозможно или во всяком случае весьма трудно. Но его вполне возможно было бы осуществить поблизости от той же центральной больницы-колонии им. Кащенко, в Троцке (б. Гатчине), в виде концентрированного городского патронажа, на манер некоторых западноевропейских патронажей (Gheel, Lieurneux, Dunsur Auron) или московского патронажа в г. Вознесенске. Здесь на первых порах можно было бы разместить часть душевнобольных, мужчин и женщин, в количестве 150–200 человек. Все условия для устройства такого патронажа вполне подходящие: Троцк — довольно тихий городок, без фабрик в нем и заводов, с удобным железнодорожным сообщением с Ленинградом, с массою в летнее время зелени (огромный роскошный Гатчинский парк). Окраина города, примыкающая к парку и к шоссе, соединяющему ее с Сиворицкой колонией, всего лучше подошла бы к использованию ее для устройства здесь такого патронажа. Если устроить здесь небольшой пункт-приемник на несколько кроватей, под наблюдением постоянно живущих здесь опытного фельдшера или сестры, то мы имели бы здесь правильно поставленный патронаж.

С устройством Ленинградским облздравотделом сельского патронажа возле больницы Кащенко и городского в Троцке дело психиатрической помощи было бы в значительной степени урегулировано и в главных чертах закончено. Остаются, однако, еще некоторые вопросы, требующие практического осуществления и связанные с некоторыми отдельными группами душевнобольных детей, эпилептиков, алкоголиков и наркоманов, испытуемых и преступных душевнобольных.

Дети и подростки олигофреники (имбецилы, идиоты) и др. нуждаются в отдельном помещении, обособленном от помещений для взрослых. Это диктуется необходимостью в связи с особой постановкой и устройством подобного рода отделений. Патологические уклонения у таких детей зачастую обнаруживаются с самого раннего возраста, и с этого же времени

желательно и необходимо дать им наиболее подходящую, наиболее полезную для них обстановку. Внедрение таких детей в отделения совместно со взрослыми в высокой степени нежелательно, мало того, оно неудобно и положительно вредно, т. к. дети особенно легко подвергаются неблагоприятному воздействию со стороны взрослых, особенно аморальных душевнобольных, и легко — вследствие присущей им подражательности — перенимают от них много дурных привычек и порочных навыков. Главное же, в деле попечения о подобных детях и воспитания отсталых, дефективных и трудновоспитуемых должны применяться особые методы обучения, воспитания и, пожалуй, лечения, и все это крайне трудно осуществить в помещениях, общих со взрослыми душевнобольными.

Потребность в устройстве подобного рода учреждений очень велика, и конечно, те два небольшие детские отделения, что устроены при 3-й ленинградской психиатрической больнице, далеко недостаточны. В настоящее время в Москве существует два подобного рода детских учреждения — одно на 100 чел. детей до 14-летнего возраста и другое на 50 чел. подростков, от 14 до 18 лет. Необходимо было бы и в Ленинграде расширить отделения для душевнобольных и олигофреников детей, по крайней мере, на 100–120 мест, придерживаясь той же двойной группировки по возрасту, т. е. имея отделение для детей в возрасте до 14 лет и другое для подростков до 18-летнего возраста.

Большое количество эпилептиков, находящихся в местных психиатрических больницах и особенно вне их, и полная беспризорность этих последних заставляет подумать о том, чтобы этого рода больные были, наконец, выделены в особую группу, для которой должна быть устроена специальная больница. Правда, в настоящее время в больнице им. В. М. Бехтерева имеется одно небольшое отделение для эпилептиков, но оно в силу малых своих размеров (не более 30 кроватей) не имеет большого практического значения. В настоящее время в ленинградских психиатрических больницах имеется до 300–350 тяжелых эпилептиков, не меньшее число их имеется в населении (вообще же эпилептиков значительно больше). Конечно, в силу экономических соображений и недостатка средств о немедленном устройстве в Ленинграде подобной специальной больницы для эпилептиков трудно думать, но вообще о создании подобной больницы следует помнить при разработке плана полной реорганизации психиатрической помощи в Ленинграде и области. Позволю себе добавить к этому, что подобного рода больница должна быть расширена добавлением к ней некоторого числа мест для психоневротиков, жертв общеевропейской империалистической и гражданской войны, тем более что в числе их имеется немало лиц, страдающих после травмы разного рода судорожными припадками эпилептического характера, с картиной то генуинной, то Джексоновской, то аффект. эпилепсии.

Особого обсуждения заслуживает вопрос о психопомощи алкоголикам. В борьбе с таким огромным, общегосударственного значения злом, каковым является алкоголизм и наркомания в населении страны, трудно чего-либо добиться, если действовать вне общего плана, проводимого в государственном масштабе. В основу борьбы здесь должны быть положены пожелания резолюции Первого всесоюзного съезда психиатров и невропатологов в Москве, принятой пленумом Съезда в заседании 23 декабря 1927 года, где сказано, что «необходимо дальнейшее развитие законодательной работы в борьбе с алкоголизмом, целью которой должен быть переход к запретительной системе, углубление научно-исследовательских работ в этой области, расширение лечебно-профилактической и культурно-просветительной работы по борьбе с алкоголизмом и отпуск на это дело специальных средств. К работе по борьбе с алкоголизмом должна быть привлечена вся советская общественность — профсоюзы, органы социального страхования, кресткомы, женотделы, комсомол и другие». Но пока все это осуществится, необходимо принять в борьбе с этим злом хотя бы некоторые временные мероприятия. Как показал опыт Москвы и Ленинграда, помещение злостных алкоголиков в психиатрические больницы особой комиссией в принудительном порядке, но на короткое время в 6–8 недель, не достигает цели и является не только бесполезной, но и вредной мерой, требуя бесцельной траты значительных денежных средств, заполняя лечебные места в больницах, разоряя страхкассы и вызывая такие нежелательные инциденты в стенах больницы, как имевшее место в 3-й психиатрической больнице в начале ноября этого года, с избиением дежурного врача и санитаров буйствующими алкоголиками. Поэтому Ленинград, идя по следам Москвы, должен будет перейти к иным практическим мерам, которые должны заключаться в первую очередь в устройстве в разных частях города, например, в каждом из шести городских районов, особых приемников-вытрезвителей для алкоголиков с острым опьянением, забираемых сюда милицией как с улиц, так и по требованию домашних алкоголика или домоуправлений. Каждый такой приемник-вытрезвитель должен быть приблизительно на 30 мест. Таким образом, всего в городе должно быть около 180–200 мест, и эта мера, несомненно, окажет свое полезное действие, как это сказалось уже в Москве, и избавит психиатрические больницы города от переполнения их неподходящим элементом — злостными алкоголиками-хрониками. В дополнение к этому должна быть принята основная мера воздействия, заключающаяся в том, чтобы специальная комиссия, решающая вопрос о принудительном направлении для лечения некоторых алкоголиков как социально опасных (агрессивных, разоряющих свои семьи или тиранящих своих близких), имела право определять срок лечения «до выздоровления». Лечение же таких субъектов в принудительном порядке должно быть осуществляемо в специальных лечебницах, с жестким режимом трудового характера, преимущественно в форме сельскохозяйственных занятий.

Больные должны быть изолированы, в учреждении должен строго проводиться противоалкогольный режим, никаких послаблений не должно быть, как в исправдомах. Для устройства подобной земледельческой колонии для алкоголиков весьма подошли бы некоторые местности Псковского или Череповецкого округа, бывшие большие имения, со значительным земледельческим хозяйством и инвентарем и лежащие в стороне от ближайших железнодорожных станций.

В деле реорганизации психиатрической помощи в Ленинграде и его области остается еще один отдел, касающийся судебно-психиатрических случаев. Среди душевнобольных существуют лица, которые вступили в конфликт с определенными статьями Уголовного Кодекса, принятого в Союзе. Помещение этих душевнобольных преступников и испытуемых, среди которых может быть немало симулянтов, в общие психиатрические больницы не только не желательно, но и положительно вредно для учреждения, как тому учит опыт некоторых прежних окружных лечебниц (например, бывшей Казанской) и второй психиатрической больницы в Ленинграде. Присутствие этих элементов в стенах больниц резко нарушает общий строй нормальной больничной жизни, ухудшая положение остальных больных, заставляя администрацию по необходимости прибегать к мерам строгости и стеснения, внося террор в отделения больницы и элемент разложения, дезорганизуя персонал и отнимая немало сил и внимания от чисто лечебных задач больницы.

Ввиду всего этого подобного рода больные вовсе не должны быть принимаемы в обычного типа психиатрические больницы, а должны помещаться в особые отделения при центральных местах заключения, как это давно уже практикуется во многих странах Западной Европы — в Англии, Франции, Германии, или в особые учреждения судебно-психиатрической экспертизы, как это повелось в нашем Союзе. Здесь, в Ленинграде учреждение подобного рода тоже могло бы быть устроено при центральном исправдоме, а еще лучше и удобнее было бы это осуществить при Институте невропсихиатрической экспертизы заключенных им. Ленина, для чего следовало бы расширить это учреждение, введя в действие второе здание Института, ныне не отремонтированное и бездействующее. Пока на Институт возложена специальная задача устанавливать диагноз у тех лиц, которые направляются в него. По выяснении диагноза и после постановления судебной инстанции о принудительном лечении для данного субъекта этот последний направляется до момента выздоровления во вторую психиатрическую больницу. Было бы более целесообразно, если бы на период принудительного лечения больные, после состоявшегося о них постановления, оставались в ведении того же Института, но для выполнения над ними дальнейшего наблюдения и лечения переводились бы в другое здание Института, без применения уже здесь специальной вооруженной охраны и иных внешних проявлений режима домов заключения.

На основании всего вышесказанного позволю себе привести следующие положения:

1. Дело правильной практической постановки психиатрической помощи в Ленинграде и в области требует прежде всего проведения переписи душевнобольных в отдельности в Ленинграде и в области. Перепись по городу должна быть осуществлена при помощи райпсихиатров и содействии медицинских сестер-обследовательниц, перепись в области является последующей, но все же неотложной задачей.

2. Вся область постепенно должна быть покрыта сетью небольших психиатрических лечебниц для острых больных, территориально приуроченных к местностям, особенно удаленным от Ленинграда, и двух других больших районных психиатрических больниц — Новгородской (в Колмове) и Псковской (в Чернековицах), например, около Череповца, Великих Лук и пр.

3. В самом Ленинграде три основные психиатрические больницы в спешном порядке должны быть реорганизованы исключительно как больницы-лечебницы для острых случаев, с присоединением к каждой из них нервно-психиатрического диспансера, с введением в них широко поставленной трудовой терапии и всех новых методов лечения вплоть до оперативных.

4. Ввиду этого следует в возможно непродолжительном времени эвакуировать всех больных-хроников, переведя их частью в учреждения типа прежних богаделен, частью в больницу-колонию и в патронаж.

5. В целях правильной постановки психиатрической помощи в Ленинграде и Ленинградской области надлежит ходатайствовать о возвращении облздравотделу территории и зданий прежней больницы-колонии для душевнобольных на Новознаменской даче и поспешить с расширением Сиворицкой больницы им. Кащенко, отчасти перепланировав существующие огромные павильоны и построив ряд новых павильонов по барачной, наиболее дешевой системе. Все это надлежит сделать в целях устройства здесь большой больницы-колонии земледельческого типа для больных-хроников.

6. Устройство посемейного призрения в Ленинграде — ввиду усиления жилищного кризиса и дороговизны содержания — возможно осуществить лишь в небольших размерах, главным образом, в форме помещения больных в их собственные семьи за соответственное денежное вспомоществование, в размере 15–20 руб. в месяц на больного.

7. Патронаж по типу концентрированного сельского (на 200–250 человек) должен быть устроен в районе Сиворицкой больницы им. Кащенко, частью в семьях служащих у ворот больницы, главным же образом в соседних с больницей ближайших селениях и деревнях, причем крестьяне-кормильцы должны получить в пользование земельные участки по расчету на взятых ими к себе душевнобольных. В наиболее отдаленном от больницы-колонии пункте должен быть устроен небольшой приемник с живущим при нем фельдшером или сестрой. Врачебное наблюдение за больными патронажа имеет быть возложено на одного из врачей больницы Кащенко

и при больнице должен быть нервно-психиатрический диспансер, через который патронаж и окрестные жители могут быть тесно связаны с больницей-колонией.

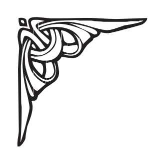
8. Патронаж городского типа (по примеру Gheel'я, Lieurneux, Dunsur Auron, Вознесенска) может быть осуществлен в г. Троцке, соединенном с больницей Кащенко шоссе и отстоящем от нее не более 12 км. Здесь должен быть при патронаже небольшой пункт-приемник и соответствующий медицинский персонал (фельдшер или сестра и двое служителей или сиделок).

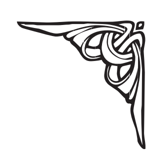
9. Отделение для душевнобольных и олигофреников детей и подростков должно быть расширено по крайней мере до 100–120 мест, с подразделением на учреждение для детей до 14 лет и от 14 до 18 лет.

10. Желательно устройство отдельной больницы-лечебницы для эпилептиков (по типу берлинской Вульгартен или прусской Ухтширинге) и психоневротиков-травматиков, с общим числом мест в ней 600–700.

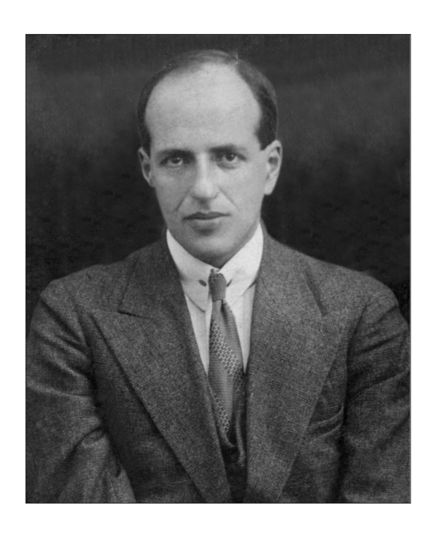
11. Необходимо изменение приемов борьбы с алкоголиками-хрониками, устройство в городе 6 приемников-вытрезвителей, с общим числом мест в них 180, проведение принудительного лечения «впредь, до выздоровления» (достижения социальной безопасности) и устройство в отдалении от Ленинграда специальной земледельческой колонии для алкоголиков с принудительным трудовым режимом по типу исправдомов и строгим противоалкогольным режимом в отношении больных.

12. Судебные случаи не должны направляться в психиатрические больницы города, а оставаться для лечения, после постановления о том судебной инстанции, на территории диагностического Института, для чего должен быть отремонтирован второй корпус Института, число мест в нем должно быть доведено до 100–120. Режим для второго (лечебницы) здания не должен быть по типу других домов.





Александр Львович ШНИРМАН (1899–1960)



Данная работа, опубликованная главным врачом нашей больницы, отражает крайне значимый для истории нашей больницы и городской психиатрии период — перестройки модели организации психиатрической службы по единой для всей страны модели, в центре которой был принцип «районирования». Обращает на себя внимание то, что статья написана «советским», «бюрократическим» языком, несмотря на то, что автор ее человек творческий и талантливый, на что указывает его научная биография. Статья является образцом времени «великого перелома», который затронул психиатрию и язык науки в том числе.

Печатается по изданию:
Шнирман А. Л. Опыт перестройки 2-й психиатрической больницы [Ленинграда] // Советская врачебная газета — 1934. — № 20. — С. 1535–1540.

А. Л. ШНИРМАН

Опыт перестройки 2-й психиатрической больницы

Дурной славой пользовалась еще в недалеком прошлом вторая психиатрическая больница в Ленинграде. Унаследовав эту славу от «Николая Чудотворца», она ее продолжала сохранять среди части населения вместе со старым названием.

Частично, может быть, больница обязана была своей дурной славой самому своему внешнему виду (бывшее тюремное здание, решетки на окнах). Частично, может быть, эта слава обусловливалась значительным переполнением больницы, некоторыми перебоями в снабжении (особенно бельем, что усугублялось отсутствием у больницы собственной прачечной). Но несомненно, что основной «корень зла» лежал не во внешнем виде больницы, не в ее переполнении, не в перебоях со снабжением, а прежде всего в организационной стороне дела.

В конце ноября 1933 года в результате тщательного обследования больницы рядом комиссий, выделенных руководящими органами, было сменено руководство больницы и поставлен вопрос о необходимости коренной ее перестройки.

Первым встал перед новым руководством больницы вопрос об ее организационной структуре. До декабря 1933 года больница состояла из семи отделений: трех мужских, трех женских и одного смешанного (барак для слабых больных). Основным критерием для распределения больных между отделениями являлось состояние больного, в соответствии с чем отделения подразделялись на «спокойные», «полубеспокойные» и «беспокой-



Вестибюль больницы

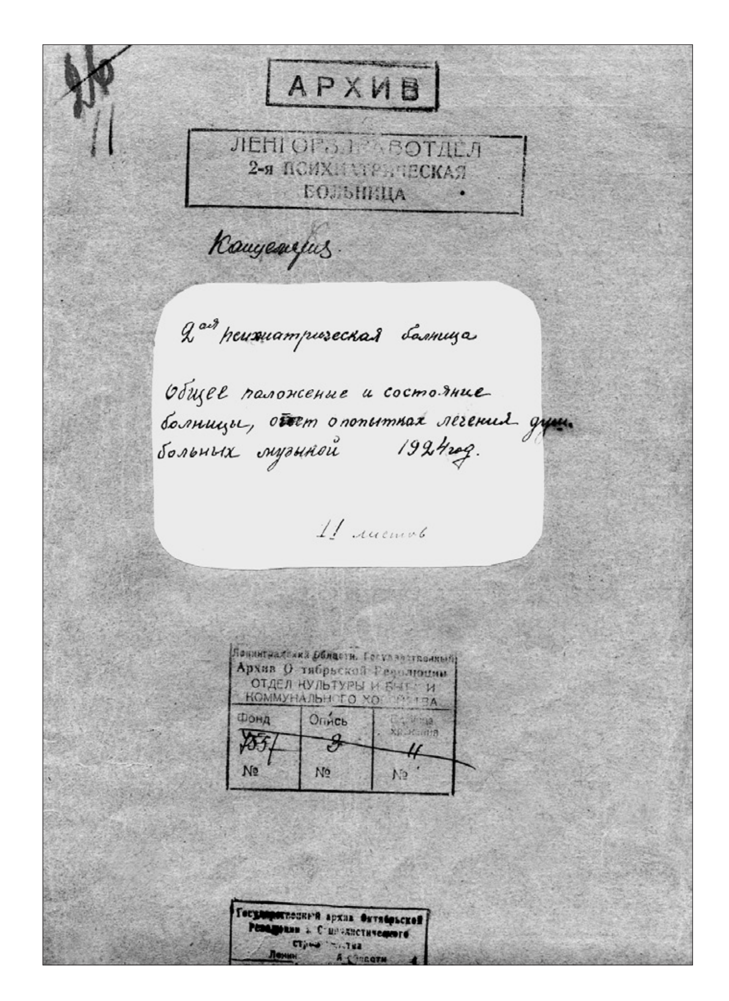


Операционная комната

ные» (всего имелось но одному мужскому и одному женскому отделению каждого типа). На спокойных отделениях были расположены клиники: на мужском — клиника I ЛМИ, на женском — клиника ГИДУВа. Клиники комплектовали состав своих больных по собственному выбору, подбирая только интересовавший их материал, в результате чего основная масса больных, поступавших в больницу, проходила мимо клиник, распределяясь главным образом между «полубеспокойным» и «беспокойным» отделениями. При этом на «полубеспокойное» отделение попадали почти все вновь поступающие (за исключением резко возбужденных, попадавших на «беспокойное» отделение). Иначе говоря, «полубеспокойное» отделение одновременно служило и основным приемным отделением. Что касается до беспокойного отделения, то сюда кроме резко возбужденных больных помещали также испытуемых и направленных на принудительное лечение лишенных свободы (по условиям надзора).

Какие последствия вытекали из этой организационной структуры для больных?

1) Вследствие сортировки больных исключительно или почти исключительно в зависимости от их состояния отсутствовала или почти отсутствовала возможность дифференциации острых больных от хроников, застрахованных от незастрахованных и т. п.;
2) на беспокойных отделениях к возбужденным больным (смешанным вместе опять-таки независимо от их социального состава и характера


АРХИВ

ЛЕНГОРЗДРАВОТДЕЛ
2-я ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ
БОЛЬНИЦА

Канцелярия.

2ая психиатрическая больница

Общее положение и состояние больницы, отчет о попытках лечения душ. больных музыкой 1924 год.

11 листов

Архив Октябрьской Революции
ОТДЕЛ КУЛЬТУРЫ И БЫТА И
КОММУНАЛЬНОГО ХОЗЯЙСТВА

Фонд	Опись	Единица хранения
	9	11
№	№	№

Отчет о попытках лечения душевнобольных музыкой. 1924 год

заболевания) примешивались «принудиловцы» и испытуемые, в известной части своей представлявшие психически здоровых людей или «пограничников» (психопатов, невропатов): последние, являясь в высшей степени социально опасными элементами, использовали беспомощность возбужденных больных и их бессознательное состояние для того, чтобы похищать у них пищу, вещи, а иногда совершали организованные нападения как на больных, так и на персонал;

3) вследствие недостаточной циркуляции больных через клиники основная масса более спокойных и относительно более сознательных больных концентрировалась на «полубеспокойных» (приемных) отделениях, в результате чего именно для этих больных создавались условия наибольшей скученности (ибо приемные отделения должны были принимать больных независимо от количества штатных мест);

5

В Лечебный Под"отдел Губздравотдела.

Тов. Федорову.

ОТЧЕТ О ПОПЫТКАХ ЛЕЧЕНИЯ ДУШЕВНОБОЛЬНЫХ МУЗЫКОЙ, начавшихся во Второй Психиатрической Больнице.

Вопрос о влиянии музыки на организм и о терапевтическом применении ее очень стар; здесь не место входить в обзор литературы до XIX в. В XIX веке были положены основы физиологического влияния звуков и музыки Гельмгольцем, Риманом, Моссо, Тархановым и Данилевским, а в XXв., между прочим, акад.Бехтеревым и его учениками.

Окончательных выводов не сделано еще; пока можно сказать, что применявшийся аналитический метод - изучение ритма, скорости, высоты и перемены тонов, гармонии и мелодии,- как будто не дал всего того, чего от него ожидали.

В настоящее время, следуя современным рефлексологическому и реактологическому течениям в науке, в частности - в психиатрии будет своевременным приступить к вопросу синтетически, т.е. - взять, с одной стороны, личность, с другой стороны - музыкальную пьесу, изучить влияние последней на первую, проверить это влияние и затем уже приступить к анализу тех факторов, которые обусловливали это влияние. В частности, задача Второй Психиатрической Больницы сужена: нас интересует терапевтическое влияние музыки на психически больную личность.

1.Прежде всего, подымается вопрос, в каком виде, как часто и какую именно музыку использовать для лечения душевных больных.
2.Затем второй вопрос, каких именно больных следует лечить музыкой.

1.Ко мне обратились два преподавателя 3-го Музыкального Техникума, т.т. Мосин и Поздюнина, и заявили желание, без всякого вознаграждения, пробовать лечение больных музыкой, причем их план состоял не только в исполнении музыки для выслушивания, но и в обучении подходящих больных музыке, т.е. прием пассивный, акустический и активный, моторный; они предложили услуги свои лично и некоторых учеников своих.

У нас применяется рояль в 2 и 4 руки, скрипка и рояль, предполагается, может быть, вокальная музыка.

В отношении частоты решили применять не меньше раза в неделю и не чаще двух раз в неделю; время было намечено - одно утро от 10 1/2ч. до 12ч. и один сеанс днем от 5 до 7 ч. вечера.

Вопрос о репертуаре весьма сложен; желательной представляется пьеса не очень длинная - 5-10 минут, причем с самого начала исключена эротическая музыка, музыка патологическая, напр.,последние вещи Шумана, и музыка последних десятилетий; решили ограничиться классиками и некоторыми авторами XIX века; исходили из априорного, не совершенного, но удобного деления пьес на солнечные и теневые, возбуждающие и успокаивающие, грустные и веселые.

Под таким углом разрабатывалась программа указанными выше музыкантами, и затем её исполняли, причём производили наблюдения за больными как во время концертов, так и после них, чтобы выявить непосредственное и длительное влияние музыки; наконец, больные передавали свои впечатления и заключения об игранных пьесах и высказывали желания либо о повторении их, либо о других пьесах и авторах.

2.Подбор больных - вопрос очень нелегкий; преобладающий материал поставляло спокойное женское отделение, где происходили концерты, но больных приводили и из других отделений, даже из буйных.

4) вследствие отсутствия не только специального приемного отделения, но и приемной палаты с забронированными бельем и т. п., все трудности, связанные с переполнением больницы, недостатком белья и т. п., ложились всей своей тяжестью на вновь поступающего больного;
5) обе клиники с высококвалифицированным составом их работников оставались по существу дела в стороне от обслуживания основной массы больных (и прежде всего острых больных), совершенно недостаточно использовались для организации лечебно-диагностической работы

во всей больнице. Понятно, что при такой организации лечебного дела 2-я психиатрическая больница не пользовалась популярностью среди населения Ленинграда и родственники душевнобольных боялись помещать их в эту больницу.

В чем же заключалась сущность перестройки и какова структура 2-й психиатрической больницы?

Первым существенным моментом в новой структуре больницы является выделение специального приемного отделения для мужчин и такого же для женщин. Независимо от состояния заполнения больницы на приемном

Глубокоуважаемый и дорогой
АНДРЕЙ АЛЕКСАНДРОВИЧ!

ПАРТИЙНАЯ и ПРОФСОЮЗНАЯ организация и врачи 2-ой Ленинградской Психиатрической больницы, обращаются к Вам с большой просьбой: помочь нам устранить то недопустимое, безобразное положение душевно-больных, которое создалось в нашей больнице /как, повидимому, и в других Ленинградских психиатрических больницах/ в результате огромной и все нарастающей перегрузки больными.

Осенью 1936 года Вы помогли нам поставить вопрос о перегрузке психиатрических больниц на ПРЕЗИДИУМЕ ЛЕНСОВЕТА. К сожалению, большая часть постановлений ПРЕЗИДИУМА осталась невыполненной. В результате положение, и до того крайне тяжелое, еще более ухудшилось: В прилагаемом постановлении нашего врачебного производсовещания изложено в кратких чертах то состояние, в которое пришла наша больница в настоящее время.

Мы не можем спокойно смотреть, особенно теперь, в эпоху Сталинской Конституции, как в столовых наших хронических отделений лежат на полу на 20-25 соломенниках по 60-70 больных, занимая всю площадь пола, даже под столами. Мы не можем спокойно относиться к тому, что вследствие переходящей все пределы перегрузки, срывается лечебная работа, растет травматизация больных и персонала.

Мы уверены, глубокоуважаемый Андрей Александрович, что Вы поможете нам выйти из того бедственного положения, в котором находится ленинградская психиатрия.

Со своей стороны, мы готовы еще напряженнее работать на нашем трудном участке и обеспечить нашим больным самое активное лечение, самую теплую заботу и внимательный уход.

ГЛАВНЫЙ ВРАЧ больницы /[illegible]/ Председатель Бюро Врачсекции /[illegible]/
ПАРТОРГ /Окладникова/
ПРЕДМЕСТКОМА /[illegible]/ СЕКРЕТАРЬ /Мелихова/

[illegible]

Обращение коллектива больницы к первому секретарю обкома КПСС А. А. Жданову

отделении для вновь поступающих больных выделены всегда в необходимом количестве свободные койки (не менее 10), независимо от общего состояния снабжения для вновь поступающих забронировано соответствующее количество чистого нательного и постельного белья. Таким образом максимально смягчается травматизирующее влияние на больного первого знакомства с психиатрической больницей.

Вторым существенным моментом является дифференциация потоков острых больных и хроников. Основной поток острых больных направляется в одну из клиник (являющихся, таким образом, лечебно-диагностическими отделениями больницы), откуда они далее переходят в отделение выздоравливающих или в отдельных случаях, требующих более длительного применения трудотерапии, — в рабочее отделение. Хроники же в зависимости от своего состояния попадают либо в отделение для беспокойных хроников, либо в спокойное хроническое отделение, либо в рабочее отделение. Таким образом, острый больной, подчас впервые попадающий в психиатрическую больницу, проходит через специальные отделения, не будучи принужден познакомиться с теми тяжелыми условиями, с которыми он знакомился ранее, при прежней структуре. Даже если он находится в возбужденном состоянии, он помещается не в отделение беспокойных хроников, а в специальную палату для островозбужденных больных при приемном отделении.

Третьим существенным моментом в новой структуре является то, что как острый больной, так и хроник в процессе своего прохождения через больницу помещаются на то или иное отделение в зависимости от тех мероприятий, которые требуются для лечения (медикаментозная терапия, трудотерапия, гидротерапия).

Наконец, четвертым существенным моментом является полное выделение испытуемых и находящихся на принудлечении лишенных свободы в специальные отделения («А» и «В»), полная изоляция их от прочих больных.

Осуществление реконструкции позволило провести четкую дифференциацию медицинского и хозяйственного обслуживания больных по всем линиям. При этом, помимо непосредственно медицинских процедур, трудо- и культтерапии в течение января 1934 года удалось подготовить и провести в жизнь дифференцированное обслуживание питанием. Вместо двух шаблонных рационов, имевшихся ранее (общий стол и слабый стол), с 25 января введено четыре диетических стола и десять стандартных блюд. Кроме того, установлено две категории (для острых и хронических отделений), отличающиеся калорийностью, количеством витаминов и т. п. Проведение в жизнь новой системы питания связано с организацией исследовательской работы по изучению значения пищевого режима для лечения психических болезней.

Дифференциация медобслуживания больных позволила поставить во всей широте вопрос о развертывании научно-исследовательской работы по изучению и применению новейших методов лечения на всех отделениях больницы (как для острых больных, так и для хроников). Эта научно-исследовательская работа возглавляется по мужским отделениям клиникой I ЛМИ, по женским — клиникой ГИДУВа.

В связи с проведением в жизнь новой структуры уточнены положение и функции хирургического отделения больницы. До реконструкции это отделение являлось частью женского «полубеспокойного» отделения и занималось главным образом спинномозговыми пункциями (операции, которые производятся на всех отделениях любой психиатрической больницы и не требуют специальной операционной), частично — общехирургическими операциями и отдельными нервно-хирургическими операциями. Провозглашая своей задачей «разработку хирургических методов лечения душевных болезней», хирургическое отделение фактически никаких новых методов лечения не разрабатывало, а применяло самые разнообразные методы (в значительной части — нехирургического характера), попутно производя отдельные хирургические операции, не связанные непосредственно с лечением психического заболевания.

После реконструкции функции хирургического отделения были уточнены в направлении превращения этого отделения в специальное отделение для обслуживания обычными хирургическими операциями душевнобольных (не только 2-й психиатрической больницы, но и других больниц, как например, больницы им. Фореля, больницы им. Скворцова-Степанова). Во главе отделения был поставлен хирург. Отделение принесло немало пользы психиатрическим больницам, избавляя их от необходимости переводить своих больных в хирургическое отделение соматических больниц, держать при них специальный персонал и т. п.

Реконструкция больницы, обеспечение дифференцированного обслуживания больных и связанное с реконструкцией существенное улучшение качества медобслуживания в больнице позволили поставить перед Горздравотделом вопрос об изменении профиля больницы (ввиду явной нецелесообразности использования крупной больницы с высококвалифицированным медперсоналом, с двумя вузовскими клиниками для обслуживания незастрахованных). С 20 февраля проведено новое районирование, возложившее на 2-ю психиатрическую больницу обслуживание всего населения своего (Октябрьского) района, как незастрахованных, так и застрахованных, и некоторых других групп.

Изменение профиля 2-й психиатрической больницы, выдвинувшее перед ней новые ответственные задачи, потребовало дальнейших мероприятий по улучшению качества медобслуживания душевнобольных. А это качество, после завершения перестройки самой структуры больницы, стало

непосредственно упираться в вопросы общей организации работы больницы и всех ее отдельных звеньев.

Здесь достижения касаются прежде всего перестройки работы, обеспечивающей решительный поворот всего руководящего аппарата и подсобных организаций больницы лицом к основным низовым звеньям больницы — к ее отделениям.

Изучение работы среднего и младшего медперсонала на отделении показало, что качество медобслуживания больных очень значительно страдает вследствие того, что персонал постоянно отрывается от своей непосредственной работы для того, чтобы выполнить те или иные хозяйственные работы для того, чтобы пойти в аптеку за медикаментами, в кухню за обедом, в лабораторию за результатами анализа, к завхозу с заявкой о ремонте, к кладовщику с требованием на инвентарь и т. п. Много времени тратилось санитарами на уборку помещения (вследствие ослабления надзора во время уборки именно в это время чаще всего совершались покушения на самоубийство, нападения больных друг на друга и т. п.).

Устранение этих непроизводительных затрат времени и сил медперсонала не представило особых трудностей, и не только не потребовало никакого дополнительного штата, но дало возможность даже несколько сократить хозяйственный аппарат. Вот основные мероприятия, проведенные в этом направлении:

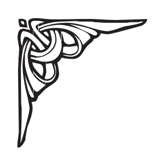
1) ежедневно производится обход отделений завхозом; весь потребный отделениям ремонт записывается в книжке завхоза (без всяких письменных «требований»), с указанием сроков выполнения, что дает возможность ежедневно проверять выполнение работ;
2) ежедневно с утра работник аптеки обходит отделения, собирая рецепты и посуду, а днем он же разносит готовые медикаменты по отделениям;
3) лаборатория таким же образом на месте организует сбор материалов для исследования и доставку результатов на отделения;
4) доставка пищи на отделения производится бригадами больных из рабочих отделений (по линии трудотерапии) под наблюдением буфетчиц;
5) медканцелярия производит своими силами обход отделений для получения сведений о движении больных, доставку на отделения старых историй болезни и оформление выписки больных (по получении извещения из отделения по телефону);
6) налажена доставка на отделения передач из центральной справочной конторы силами работников приемного покоя (в те промежутки времени, когда они свободны от приема больных);
7) налажена централизованная доставка белья на отделения и сбор на отделениях грязного и рваного белья для стирки и починки и мягкого инвентаря для дезинфекции; здесь потребовалась более значительная перестройка, а именно организация центральной бельевой с усиленным

штатом за счет ликвидации отделенческих бельевых (что дало в результате экономию трех единиц и освобождение шести комнат), и наконец
8) проведено комплектование штата уборщиц на отделениях, которые должны освободить персонал отделения от уборки помещения.

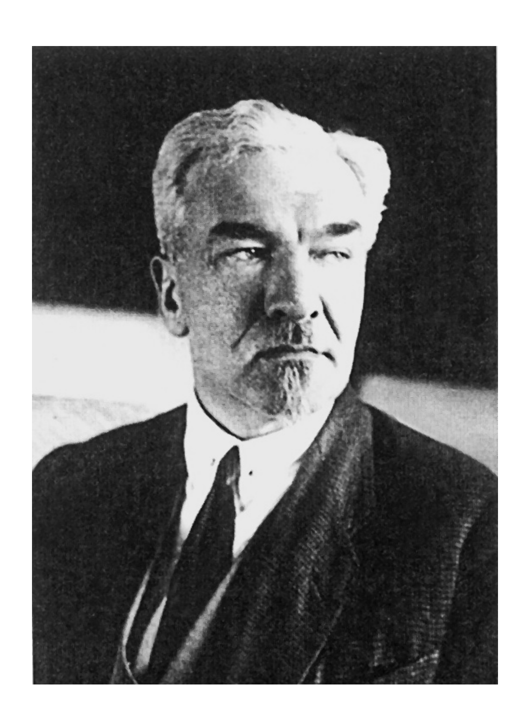
Реализация всех этих мероприятий потребовала, конечно, некоторых усилий, но в общем она прошла почти без всяких перебоев и привела к значительной разгрузке медперсонала отделений от всяких побочных поручений, отрывающих его от прямой задачи — медобслуживания больного.

Параллельно с мероприятиями, обеспечивающими поворот руководства и подсобных организаций к обслуживанию основного низового звена — отделения, развертывалась работа по уточнению структуры руководящего аппарата, по разработке мероприятий, направленных к усилению единоначалия во всех звеньях больницы, к устранению остатков функционирования и т. д. Описание этой части перестройки потребовало бы специального сообщения, а потому здесь ее касаться не будем.

Считать, что перестройка больницы закончена, что проведены уже все или почти все организационные мероприятия для улучшения качества работы больницы, — было бы жестоким заблуждением. Несомненно, предстоит проделать еще не меньше того, что сделано до сего дня. Однако несомненный положительный эффект от тех мероприятий, которые уже проведены в жизнь, является залогом того, что дальнейшая работа должна обеспечить поднятие качества медобслуживания душевнобольных на бóльшую высоту.




Борис Евгеньевич МАКСИМОВ (1891–1946)



Данная работа освещает интересные и малоизвестные даже профессионалам факты в истории городской психиатрии. Как видно из публикуемых выше работ, обязанности помещения душевнобольных в стационары возлагались в дореволюционный период на органы правопорядка, и передача данной задачи медикам заполнила недостающее звено психиатрической службы города.

Автор статьи, Б.Е. Максимов[1] — известный ленинградский психиатр, занимавшийся на протяжении своей жизни преимущественно организацией психиатрической службы города, — руководил рядом больниц, заведовал сектором социальной психиатрии НИПНИ им. В.М. Бехтерева, был организатором и первым руководителем городской психиатрической скорой помощи и с 1938 по 1940 год работал во 2-й психиатрической больнице, возглавляя психоприемник (эвакуационное отделение для иногородних).

---

[1] Наиболее полно его биографические данные приведены в монографии О. В. Лиманкина «Санкт-Петербургская психиатрическая больница им. И. И. Кащенко. Страницы столетней истории», 2009, с. 125.

Печатается по изданию:

Максимов Б. Е. Материалы по организации и работе скорой психиатрической помощи в Ленинграде // Сборник работ Ленинградской скорой помощи. — Л., 1937. — С. 47–62.

Б.Е. МАКСИМОВ

Материалы по организации и работе скорой психиатрической помощи в г. Ленинграде

I. ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ

Скорая психиатрическая помощь в г. Ленинграде имеет свою небольшую историю. Сравнительно с Москвою, Ленинград вообще отстал в области внебольничной психиатрии, и если институт районных психиатров в г. Москве был учрежден еще в 1919 году, то первое внебольничное психиатрическое учреждение в г. Ленинграде — диспансер Володарского района, открылось только в 1925 году.

Вопросы направления душевнобольных в психиатрические стационары не были в то время надлежащим образом урегулированы, а направляющие инстанции были далеко не всегда на высоте своего положения, заполняя психиатрические больницы нередко контингентом несоответствующих больных. Невропсихиатрический совет Ленинградского горздравотдела в заседании своем от 6 сентября 1923 года (см. протокол совета № 2), заслушав доклад главного врача 2-й психиатрической больницы д-ра Г. В. Рейтца, четвертым пунктом которого стоял вопрос о направлении «душевноздоровых граждан в психиатрические больницы по административному распоряжению», постановил: «Принять меры к скорейшему опубликованию обязательного постановления о совершенной недопустимости направления в психиатрические больницы граждан административным порядком без врачебного свидетельства или соответствующего постановления судебно-следственных властей». Фактов, послуживших основанием к изложенному постановлению совета, а равным образом и случаев неправильных направлений соматическими врачами и доставок больных каретами скорой помощи, было настолько много, что уже в ноябрьском заседании совета в том же 1923 году был рассмотрен представленный д-ром Б. Е. Максимовым проект

«плана организации приема и выписки душевнобольных в психиатрических больницах г. Петрограда и Петроградской губ.». В заключении I отдела этого проекта прямо указывалось, что «изложенные правила… должны быть сообщены Управлению скорой помощи». Значительно позже, в заседании от 7 августа 1924 года, совет указывает на необходимость «соответственно регламентировать направление душевнобольных скорой помощью, ибо зачастую приходится принимать (2-я психиатрическая больница) под видом душевнобольных пьяных и скандалистов». Необходимость уточнения вопросов, связанных с направлением, транспортировкой и приемом душевнобольных в психиатрические больницы, побудила лечебный п/о Горздравотдела созвать 18/IX 1925 года совещание главных врачей психиатрических больниц. По заслушании представленного д-ром Родзинским И. А. доклада совещание приняло решения, интересные для нас теперь еще и потому, что после многолетнего, настолько длительного, что о них все забыли, выдерживания их в архивах здравотдела, — в 1933 году они, несколько дополненные, были, наконец, проведены в жизнь, а именно:

«§ 2. 1-я, 2-я и 3-я психиатрические больницы обслуживают все городские острые, свежие и обострившиеся хронические формы душевных заболеваний в целях лечения.

§ 3. Устанавливается принцип районирования психопомощи, но отнюдь не распределения душевнобольных по социальным, нозологическим или лечебным признакам.

§ 4. В соответствии с п. 3 городские районы прикрепляются к больницам след. образом: Московско-Нарвский — к 1-й (им. Фореля); Василеостровский, Центральный и Володарский — ко 2-й; Выборгский и Петроградский — к 3-й.

Примечание 1. На обязанности 2-й психиатрической больницы лежит, сверх того, госпитализация душ. больных иноуездных Ленинград. губ., иногубернских, красноармейцев и судебных случаев.

Примечание 2. Случаи острого отравления алкоголем (опьянения с антисоциальным поведением) подлежат направлению в Центр. покой при Губмилиции для вытрезвления.

Примечание 3. Соматические больницы направляют соответствующих больных по принципу районирования, но не иначе как после консультации с психиатром.

Примечание 4. Дети до 16 лет обоего пола направляются исключительно в 3-ю психиатрическую больницу и т. д.».

Таким образом, мы видим, что цитированное постановление совещания главных врачей психиатрических больниц, одобренное невропсихиатрическим советом в заседании от 2/X 1925 года, вносит значительную ясность в работу как собственно психиатрических стационаров, так и скорой помощи, получающей через посредство его ряд ценных указаний.

Дифференцировка больных по больницам в зависимости от района их жительства и еще по некоторым другим признакам (дети, военнослужащие и пр.) становится более ясной, а самый аппарат распределения и транспортировки душ. больных скорой помощью получает ряд предпосылок, необходимых для придания работе его желательной четкости. Нарекания со стороны больниц на работу скорой помощи, если и были формально правильными, базируясь на определенном фактическом материале, то по содержанию своему и сами заслуживали серьезной критики. Так, напр., требование больниц от скорой помощи обязательного «направления» на доставленного душевнобольного, строго говоря, по тем временам являлось для скорой помощи совершенно невыполнимым, что больницы должны были бы понять.

Действительно, если трудно оспаривать желание больниц иметь на больного сопроводительный документ, представляющий и формально-юридическую и одновременно медицинскую ценность, то с другой стороны, нельзя не согласиться с тем, что отсутствие в выездном персонале скорой помощи врача-специалиста не давало нужных предпосылок к составлению психиатрически грамотного «направления», а необходимость такой «паспортизации» госпитализируемого больного противоречила принятым методам работы скорой помощи и лишала ее той исключительной подвижности и оперативной гибкости, которые должны быть ей присущи по самому характеру ее работы.

Равным образом, пожелание психиатрических больниц о том, чтобы карета скорой помощи дожидалась осмотра доставленного душевнобольного дежурным врачом и действовала в дальнейшем согласно решению последнего, вызывало горячие возражения со стороны Управления скорой помощи, указывавшего, что при таком положении транспортные средства выйдут из распоряжения Центральной станции скорой помощи и очередные наряды на перевозки «по скорой» будут задерживаться выполнением.

Практически эти кулуарные дискуссии доводили и до больших недоразумений: был случай, напр., окончившийся для дежурного врача серьезными неприятностями, когда одна из больниц закрыла ворота и, так сказать, силою не выпускала кареты скорой помощи до того времени, пока не окончился осмотр душевнобольного дежурным врачом.

Предполагалось, что вышеприведенные постановления совещания главных врачей психиатрических больниц, будучи осуществленными, внесут необходимую ясность во взаимоотношения больниц и скорой помощи, способствуя, одновременно, равномерному и правильному распределению душевнобольных по больницам. На деле этого, к сожалению, не получилось, т. к. принятые решения в жизнь проведены не были, а принцип районирования психопомощи был осуществлен в г. Ленинграде

только через 8 лет, в 1933 году, и то лишь под воздействием соответствующих выступлений московских гостей на общегородской конференции врачей-психиатров.

Тем не менее, потребность в каких-то организационных мероприятиях, направленных к упорядочению дела психопомощи в г. Ленинграде вообще и к распределению и транспортировке душевнобольных по стационарам, в частности, продолжала чувствоваться с каждым годом все острее и острее. Неудача с проведением в жизнь ранее состоявшихся решений стимулирует к новой инициативе, и в 1927 году 29 апреля завед. больничн. отделением Горздравотдела д-р П. А. Коцубей делает на заседании невропсихиатрического совета доклад, в котором, в числе прочего, предлагает «создать из больницы им. Балинского городской приемник для душевнобольных, имеющий задачей прием душевнобольных всех районов города, установление диагноза, по возможности точного, определение соответствования данного больного тому или другому психиатрическому лечебному учреждению и, наконец, направление обследованного больного для лечения в больницу через посредство санитарного автотранспорта скорой помощи. Не исключается возможность того, что в целях бесперебойной работы последнего к больнице им. Балинского будет прикреплена санитарная машина скорой помощи». Постановления совета сводятся к одобрению предложений докладчика.

В октябре того же года отсутствие надлежащей организованности в вопросах направления — приема больных в психиатрические стационары доходит до такой степени, что главные врачи больниц на заседании того же невропсихиатрического совета вынуждены признать, что районная психиатрия, на которую возлагалось столько надежд, регулирует поступление в больницу только хронических алкоголиков, «между тем как поступление душевнобольных почти в тех же ста процентах проходит мимо районных психиатров». В целом ряде психиатрических совещаний и конференций отмечалось, что переполнение больниц в значительной мере зависит от того, что поступление больных, сплошь и рядом, проходит мимо врачей специалистов; направляющими инстанциями являются отделения милиции, администрация закрытых учреждений, ночных ресторанов, ночлежных домов, скорая помощь, врачи не специалисты, соматические больницы и т. д. и т. п.

Такая пестрота направляющих инстанций обусловила недоброкачественность самих направлений, в которых полная психиатрическая неграмотность компенсировалась чрезмерно свободным обращением с понятием «социальной опасности», которым, попросту говоря, злоупотребляли. Главный врач 2-й психиатрической больницы в докладе своем невропсихиатрическому совету в декабре того же 1927 года «О работе психоприемника за октябрь 1927 г. » констатирует, что из 428 поступлений райпсихиат-

рами было направлено только 76; остальные 352 больных поступили «другими путями». Расшифровывая это понятие, оказывается, что:

	Число больных	%
а) из других больниц переведено	112	34
б) из населения непосредственно	129	36
в) губ- и райздравами	82	22
г) прочих	29	9
Всего:	352	100

В дальнейшем в докладе приводятся следующие данные, сохранившие для нас полный интерес и теперь в качестве материала, прекрасно иллюстрирующего неорганизованность этого дела в то время. Поступления непосредственно из населения разбиваются следующим образом:

	Число больных				
		Из них наход. менее 6 дней	%	Алкоголиков	%
Квартпомощью	27 чел.	9	33	12	55
Амбулаторией	28 чел.	7	25	11	43
Скорая помощь	28 чел.	16	59	10	38
Милицией	15 чел.	10	66	8	50
Из дома	31 чел.	14	45	14	55
Всего:	129	56	43	55	43

В порядке анализа этих цифр докладчик указывает, что «наименьший % по сроку пребывания дала амбулатория, наибольший скорая помощь и, особенно, милиция; эти две инстанции вообще дают наибольший % лиц, не нуждающихся в длительном пребывании в больнице. Объясняется это тем, что милиция никогда, а скорая помощь редко прибегают к помощи врачей при помещении в больницу». Докладчик предлагает, в заключение, обратить серьезное внимание райпсихиатров на категорию больных, поступающих без документов через скорую помощь и милицию, считая, что эти последние «наполняют приемник и другие больницы материалом, который не нуждается в серьезной врачебной помощи».

Докладчик, рисуя вполне правильную картину работы психоприемника, одновременно чересчур заостряет критику на работе скорой помощи. Нам

представляется, что если учесть отсутствие в то время в выездном аппарате последней отдела психиатрической помощи, то общие выводы в интересующем нас отношении не должны уже быть столь неблагоприятными. Нам хорошо известно, что врачи соматических специальностей, в том числе и выездные врачи скорой помощи, решительно отклоняют от себя всякую психиатрическую оценку тех заболеваний, с которыми им приходится иметь дело. В лучших случаях ставится диагноз: «острый психоз», и больной, как «социально опасный», направляется в психиатрическую больницу. В худших — больной направляется туда же или вовсе без диагноза или с таким, от которого застываешь в изумлении перед глубиной психиатрической неграмотности писавшего.

В 1928 году в отчетном по психоприемнику докладе того же д-ра Г. В. Рейтца мы встречаем уже прямое указание на необходимость создания такой постановки дела, при которой скорая помощь и милиция были бы обязаны при каждом помещении, кроме исключительно возбужденных больных, обращаться к райпсихиатрам. Невозможность осуществления этого пожелания в том виде, как оно было изложено докладчиком, обнаружилась очень быстро в процессе более детальной его проработки. Действительно, практически невозможно себе представить, каким образом скорая помощь оказалась бы в состоянии без прямого ущерба своей остальной работе консультировать с райпсихиатрами по поводу каждого случая душевного заболевания, на который она выезжала. Районные психиатры ведут амбулаторный прием в определенные, обычно вечерние часы, и потому могли бы обслуживать скорую помощь лишь на протяжении очень короткого времени, все же остальное время суток и, в частности, ночь скорая помощь по-прежнему была бы предоставлена себе самой. Учреждение каких-либо дежурств районных психиатров или посещение ими по вызову отделений милиции, при небольшом их числе и перегруженности своей основной работой, представлялось совершенно невозможным.

Вот почему решение задачи пришлось искать на ином пути, а именно в направлении создания при скорой помощи собственного психиатрического отдела. Прийти к этой мысли оказалось, однако, проще, чем осуществить ее. Соображения об организации скорой психиатрической помощи прорабатывались и кулуарно и на различных психиатрических совещаниях в течение 1929-го и 1930-го гг. и только в апреле 1931 года были доведены до своего логического завершения: приказом по Управлению ленинградской скорой помощи при 4-й станции было организовано вечерне-ночное дежурство врачей-психиатров. Согласно положению о скорой психиатрической помощи, в задачи ее входит следующее:

1. Выезды к душевнобольным по нарядам Центральной станции скорой помощи, по вызовам органов милиции, учреждений, приемных покоев городских больниц или отдельных лиц.

2. Оказание необходимого пособия:
   а) на месте, посредством осмотра больного, выписки рецепта, дачи совета, направления для лечения в райдиспансер, к райпсихиатру или райнаркологу и т. п.;
   б) посредством направления больного, а в случае возможности к тому, и транспортировки его в психиатрическую или соматическую больницу или медицинский вытрезвитель.
3. Амбулаторный прием обращающихся или доставляемых душевнобольных в часы дежурства и пребывания на станции психиатров скорой помощи.

Мы позволим себе воздержаться от приведения полностью инструкции, регулирующей работу дежурного психиатра, т. к. таковая напечатана в книге главного врача ленинградской скорой помощи д-ра М. А. Месселя.

Ограничимся воспроизведением здесь психиатрического раздела этой инструкции, разработанного нами в свое время при организации скорой психиатрической помощи в г. Ленинграде.

«§13. В случаях второй категории дежурный психиатр дает направление и отправляет больного в машине скорой помощи в психиатрическое лечебное заведение, руководствуясь следующими показаниями:

I. Социальной опасностью душевнобольного, выражающейся:
   1) в нападении на окружающих и нанесении им побоев или увечий;
   2) в разрушительных действиях, поломках мебели, битье стекол и т. д.;
   3) в покушениях на самоизувечивание или самоубийство.

II. Наличием бредовых идей, обманов чувств, острого беспокойства или угнетения, или иных признаков, указывающих на возможность быстрого обнаружения антисоциальности поведения.

III. Тяжелым физическим состоянием, угрожающим жизни душевнобольного и требующим специального ухода в больничной обстановке.

Примечание 1. Алкоголики, проявляющие признаки опьянения и не обнаруживающие явлений острого алкогольного психоза, направлению в психиатрическое лечебное заведение не подлежат.

Примечание 2. Больные с острым алкогольным психозом подлежат направлению в психиатрическую больницу лишь в случаях, удовлетворяющих показаниям, отмеченным в вышеуказанных трех пунктах».

Необходимо иметь также в виду, что с введением дежурства психиатров по скорой помощи было издано два весьма существенных для работы психиатрических стационаров и самой скорой помощи постановления.

Первое из них относилось к милиции и заключало в себе, во-первых, категорическое запрещение транспортировки больных в психиатрические больницы без санкции дежурного психиатра и, во-вторых, инструктивное предложение органам милиции об оказании психиатрам, в процессе их работы, всяческого содействия.

Второе постановление давало новые указания выездным врачам скорой помощи и врачам ночной помощи на дому, согласно которым им воспрещалось давать направления в психиатрические больницы в часы дежурства психиатров.

Взаимоотношения между дежурным психиатром и выездными врачами скорой помощи администрацией последней определялись следующим образом:

«В случае экстренного вызова к душевнобольному в те часы, когда нет дежурства психиатра, а обращение к районному психиатру соответствующего района невозможно за отсутствием сведений о местопребывании последнего в данное время, направление в психиатрическое лечебное учреждение может быть дано и дежурным врачом скорой помощи, но обязательно при соблюдении к тому показаний, установленных для дежурных психиатров скорой помощи».

«В случаях, лишенных показаний неотложности, дежурный врач скорой помощи предлагает близким больному лицам обратиться на следующий день к районному психиатру или, при нежелании откладывать посещение специалиста до следующего дня, сообщает центральной станции скорой помощи вызов для передачи в тот же день дежурному психиатру».

Для того, чтобы закончить наше изложение в части, касающейся регламентации работы дежурных психиатров скорой помощи, мы должны еще упомянуть об инструкции по согласованию работы районных и дежурных психиатров скорой помощи с органами милиции. Инструкция эта, полностью приведенная в цитированной уже нами работе д-ра М. А. Месселя, содержит в себе указания работникам милиции, достаточно подробно дифференцированные в зависимости от поведения задержанного душевнобольного (спокойные, возбужденные больные, лица, находящиеся в состоянии алкогольного опьянения без признаков острого душевного расстройства, слабоумные, идиоты и т. п.).

Этой же инструкцией дежурным психиатрам скорой помощи и райпсихиатрам предоставляется право обращения к органам милиции за содействием при необходимости освидетельствования душевнобольных, не желающих подвергнуться таковому, запершихся в своих комнатах или квартирах, вооруженных, или, в случаях необходимости, принятия мер к охране имущества душевных больных и т. д.

Значительно облегчилась работа дежурных психиатров скорой помощи с организацией в г. Ленинграде медицинских вытрезвителей, т. к. и на вызовах и на амбулаторном приеме дежурным психиатрам сплошь и рядом приходилось иметь дело с просто пьяными, подлежащими вытрезвлению, а не психиатрическому осмотру или, тем более, направлению в психиатрические больницы. Статистический материал дает нам точное представление

о числе подобных случаев в процентном отношении их к прочим обращениям, вследствие чего уместным будет указать, что качественно они всегда бывали очень тяжелы и чрезвычайно осложняли и без того нелегкую работу психиатров скорой помощи.

Слабым местом психиатрической организации скорой помощи является то обстоятельство, что до настоящего времени не удается добиться такого положения, при котором вовсе не было бы доставки транспортом скорой помощи душевнобольных в психиатрические больницы, минуя дежурных психиатров. 2-я психиатрическая больница, бывшая еще до середины 1933 года общегородским психоприемником и оставшаяся таковым и в настоящее время для прикрепленных к ней районов города и областных больных, указывает, что случаи необоснованных госпитализаций продолжают наблюдаться, и притом в достаточном числе.

Подобное положение может быть изжито только путем организации круглосуточного дежурства психиатров скорой помощи при осуществлении одновременно двух мероприятий: точного разграничения работы между последними и райпсихиатрами и сосредоточения права на направление душевнобольных в порядке скорой помощи в психиатрические больницы исключительно в руках дежурных психиатров скорой помощи, в отмену действующего положения, согласно которому таковым правом в определенных случаях пользуются и выездные врачи скорой помощи.

Мы позволим себе закончить настоящий обзор упоминанием, что с апреля 1932 года начало функционировать психиатрическое отделение Научно-практического института скорой помощи в г. Ленинграде, просуществовавшее всего около года и ликвидированное одновременно с другими отделениями института, развернутыми вне его базы (бывшая больница им. Первухина). Потребность в существовании такого отделения чрезвычайно велика, т. к. оно давало дежурным психиатрам скорой помощи возможность последующего контроля и проверки правильности предпринятой ими госпитализации. Совместные с работниками отделения обходы и обмен мнений помогли разрешить много спорных вопросов, а объединенный опыт и наблюдение над больным врача, видевшего его на дому, и ассистента отделения — в условиях режима лечебного заведения — давали возможность получения клинического материала большой ценности. Нам придется еще остановиться на этих вопросах в дальнейшем изложении.

II. НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ДУШЕВНОБОЛЬНЫХ

Чрезвычайно интересным представляется вопрос о том, какие же формы душевных заболеваний отражены в материале скорой психиатрической помощи. Не следует забывать того, что, отвечая на этот вопрос, мы в зна-

чительной мере проливаем свет на одну из интереснейших проблем в психиатрии — на изучение течения психозов с точки зрения социабельности поведения больных. Нет никакого сомнения в том, что обращаемость населения к скорой психиатрической помощи в подавляющем большинстве случаев зависит от того, в какой мере терпим душевнобольной в домашней обстановке.

Больные, обнаруживающие стремление к уходу из дому, бродяжничеству, активно негативистичные, сопротивляющиеся, агрессивные, со склонностью к разрушительным действиям, нападениям на окружающих, к самоизувечению и самоубийству, напряженные бредовые или галлюцинирующие душевнобольные, наконец, просто очень шумные и возбужденные или, наоборот, больные с резким упадком сил, соматически угрожаемые (показания ad vitam) — вот, в главнейшем, те характеристики поведения душевнобольного, которые чаще всего побуждают близких к вызову скорой психиатрической помощи.

Следует иметь также в виду, что дежурный психиатр, свидетельствуя больного, далеко не каждого, как мы знаем из ранее опубликованного нами материала, предназначает к госпитализации.

Каждый госпитализируемый больной проходит, с этой точки зрения, строгий фильтр врача-специалиста, и 42% из числа обращающихся остаются на дому.

Форма заболевания	**Мужчин**	**Женщин**	**Всего**	**В %**	**Форма заболевания**	**Мужчин**	**Женщин**	**Всего**	**В %**
1. Прог. пар. пом.	20	7	27	3	11. Дегенер. психоз	25	13	38	4,4
2. Орг. пор. ЦНС	19	4	23	2,6	12. Врожд. слабоум.	6	6	12	1,4
3. Инволюц. формы	4	19	23	2,6	13. Эпилепсия	63	35	98	11,5
4. Ман.-депр. психоз	13	28	41	4,7	14. Бел. горячка	9	–	9	1
5. Шизофрения	91	55	146	17,1	15. Алк. галл.	191	8	199	23,3
6. Остр. спутанность	13	9	22	2,8	16. Зат. алк. психоз	17	–	17	1,9
7. П/инфекц. псих.	7	2	9	1	17. Патол. опьян.	11	–	11	1,2
8. Реакт. формы	22	32	54	6,3	18. Хрон. алког.	21	–	21	2,4
9. Травмат. невроз	36	1	37	4,3	19. Проч. формы	–	–	–	1,8
10. Истерия	6	20	26	3					

Таким образом, до психиатрической больницы доходят только больные с выраженными, согласно приведенному перечню, состояниями. Изучая их в дифференцированном виде в зависимости от отнесения к той или иной нозологической группе, мы тем самым получаем и вполне объективную оценку течения психозов с точки зрения социабельности поведения душевнобольных (см. таблицу).

Из этих данных мы видим, что наиболее асоциабельными по своему течению оказались острые алкогольные психозы — белая горячка и алкогольный галлюциноз, которые в общей сложности составляют почти $^{1}/_{4}$ всех поступлений в психиатрическое отделение Института скорой помощи. Если к ним прибавить прочие алкогольные формы, в том числе и хронический алкоголизм, получится совсем внушительная цифра — 29,8%.

Здесь может возникнуть вполне законный и уместный вопрос: каким образом в отделении могли оказаться хронические алкоголики без признаков душевного заболевания? Почему они не были своевременно распознаны? Эти больные, разумеется, были своевременно распознаны и попали в отделение, если так можно выразиться, по чисто социальным показаниям: это деградировавшие, опустившиеся люди, страдающие очень тяжелой формой алкоголизма с грубыми нарушениями поведения, которые были транспортированы в отделение и содержались в нем 1–2 дня в ожидании решения комиссии по принудительному лечению алкоголиков, вслед за которым они немедленно транспортировались в колонию.

На следующем месте после этой группы стоят шизофреники, давшие 17,1% по отношению к общему числу наших больных. Это соотношение повторяется и в общей статистике по работе пункта скорой психиатрической помощи. Равным образом, идущие за шизофрениками эпилептики — 11,5%, занимают и в работе дежурных психиатров скорой помощи тоже третье место, если не считать психоневротиков и наркоманов, которые, как составная группа, численно несколько их превосходят.

Таким образом, перечисленные три нозологические группы душевнобольных в общей сложности составляли более чем половину нашего материала — 58,4%; следующей по численности является группа реактивных заболеваний, давшая 6,3%.

Больные с травматическим неврозом, истерией и дегенеративной психопатией, чаще всего тоже истероидного характера, могут быть, по общности для них моментов социальной декомпенсации, объединены в одну группу, составляющую суммарно 11,7% всего количества прошедших через отделение больных.

Если мы раньше рассмотрели группу заболеваний, в которых алкоголь является причинным, как мы уже и указывали, фактором, то в данном случае нам приходится вновь вспомнить о нем, имея в виду его провоцирующую заболевание роль. Было бы, разумеется, совершенно неправильным

думать, что таково его значение вообще в этиологии заболеваний нашей составной группы.

Такая установка была бы не только непозволительным упрощенчеством, но просто совершенно произвольным и ненаучным толкованием этиологии данных заболеваний. Между тем, изучая материал работы дежурных психиатров скорой помощи, мы сразу наталкиваемся на чрезвычайно расширенное значение алкоголя, вызывающего сплошь и рядом у психически неполноценных потребителей его реакции грубых антисоциальных нарушений и действий, требующих вмешательства не административных лиц, а врача-специалиста. В целях более полноценного освещения этого вопроса мы позволим себе использовать материал дежурных психиатров скорой помощи. Рассмотрим несколько наиболее интересных с указанной точки зрения случаев.

Случай 1-й. Больной — врач; дежурный психиатр вызван к нему в 12 ч. ночи по поводу якобы проявляемой больным агрессивности. Интеллигентная семья, занимает квартиру в 3 комнаты, беспорядка нигде не обнаружено. По словам родных, больной был возбужден, пытался побить жену и мать, после чего был ими, совместно с другими женщинами, связан. Во время визитации больной найден уже развязанным, значительно успокоившимся, однако еще шумлив и с тенденцией к агрессивности. Нетрезв; вообще пьет, но умеренно, по словам родных, в прошлом (?) — наркоман. Сознание ясное, все помнит, что делал, пытается оправдать себя в глазах врача. Обманов чувств не испытывает. Критика к своему поведению понижена. По мере беседы успокаивается, дает обещание вести себя корректно. Со стороны неврологического status'а — ясный истероидный синдром. Дегенеративные черты по внешности. Тяжелая алкогольная наследственность.

Диагноз: *истероидная психопатия. Алкоголизм*. Оказано пособие, оставлен на дому.

Случай 2-й. Вызов в 2 час. ночи к «буйному» больному. Деж. психиатр по прибытии на площадке лестницы, где живет больной, застал группу жильцов, убежавших из квартиры от больного, грозившего им топором, которым он изрубил в квартире разные вещи. К приезду деж. психиатра больной заперся со старухой матерью. Собравшаяся толпа просила врача «поберечь себя» и не входить в квартиру. После настойчивых стуков и звонков дверь приоткрылась на цепочке и показавшаяся старая женщина снова просила врача не входить. После повторных уговоров дверь была открыта. В одной из комнат квартиры, посреди разбросанных, побитых и изломанных вещей, был обнаружен сидящим на кровати с топором в руках больной, встретивший входящую женщину-врача без агрессивности. Впоследствии объяснил, что убил бы врача, «если бы она вошла не одна, а с санитарами». Сознание ясное; запах алкоголя. Ориентировка во времени, окружающем и ситуационная сохранены. Обманы чувств отрицает. Несколько тревожен, напряжен в начале беседы с врачом, постепенно успокаивается, внушаем, послушно исполняет предложения врача. Неврологический status дает основания констатировать у больного наличие выраженных явлений функционального характера по типу истерии.

Диагноз: *истерия, алкоголизм.* Оказано пособие. Оставлен на дому.

Случай 3-й. Вызов в 3 ч. ночи на квартиру к больной. На площадке лестницы дежурный психиатр застал троих мужчин, проживающих в одной квартире с больной. Жильцы оказались полураздетыми, в разорванном белье после того как, по их словам, пытались удержать больную. Последняя — молодая женщина — найдена в своей комнате стоящей в одной рубашке у телефона и высказывающей кому-то неясные жалобы на оскорбления, которым она подверглась дома. Дорогая и претенциозная мебель разломана, громадное трюмо разбито, картины, посуда, разные безделушки разбросаны по полу, на столе следы алкогольных возлияний. Больная нетрезва, резко возбуждена, порывается повторить нападения на жильцов. Поведение по выраженному истерическому типу: выкрикивания, угрозы, порывистая жестикуляция сменяются ажитированным угнетением и слезами и наоборот. Больная недоступна детальному исследованию; несмотря на настойчивые и терпеливые уговоры врача не успокаивается, оставаясь возбужденной и агрессивной. Обманов чувств не испытывает, помнит о своих поступках.

Диагноз: *истерия, алкогольное опьянение*.

Транспортирована во 2-ю психиатрическую больницу для временной изоляции, как проживающая одиноко и не имеющая дома необходимого ухода. (На следующий день больная выписана в хорошем состоянии.)

Случай 4-й. Вызов в 1 ч. ночи на квартиру к больному «белой горячкой», по словам жены, больной — potator с многолетним стажем, много пил дней 7–8 подряд; последние 3 дня не пьет. Сегодня с вечера стал обнаруживать признаки душевного заболевания. При осмотре испытывает яркие обманы слуха: ему кажется, что в нижней квартире о нем и его жене «нехорошо» говорят; повторяет слышимое, просит врача прислушаться и «прекратить, наконец, это безобразие». Спать не может, все время занят тем, что прислушивается в разных комнатах квартиры к продолжающимся о нем разговорам. Настроен при этом миролюбиво, добродушно, неактивен. Хотел бы заснуть, просит врача помочь ему в этом.

Диагноз: *алкогольный галлюциноз*.

Дано снотворное, рецепт и направление к райпсихиатру. Больной оставлен на дому.

Случай 5-й. Вызов в 2 ч. 30 мин. ночи на квартиру «на буйный психоз». Больной найден дома внешне спокойным. Сообщил врачу, что жена его (старуха свыше 60 лет) занимается «нехорошими делами», — он только что наблюдал, как «на этой вот кровати» она принимала одного за другим четырех мужчин, а сейчас ожидает новых гостей, для которых у него «припасен хороший подарочек». Разубеждению, уговорам не поддается, раздражается на врача. Критика к своему состоянию отсутствует. К жене настроен очень злобно и агрессивно. Potator, пил подряд две недели, последние 2–3 дня не пьет.

Диагноз: *алкогольный галлюциноз*.

Транспортирован во 2-ю психиатрическую больницу, как социально-опасный больной.

Случай 6-й. В 11 ч. вечера на пункт скорой психиатрической помощи доставлен больной с резким запахом алкоголя изо рта. Больной совершенно разобщен с окружающей его действительностью при внешних признаках сохраненной ориентировки: закуривает папиросу, вынимая портсигар и спички, садится на стул, открывает оконце в двери в следующую комнату и т. п. Одновременно не замечает присутствия

других лиц, будучи весь во власти ярких и красочных обманов чувств: чем-то распоряжается, руководит, очень подвижен, деятелен, периодически раздражается, бросается с кулаками на стену. Внезапно заинтересовывается чем-то на полу, шарит, делает руками хватательные движения. Установить контакт не удается, исследованию недоступен.

Диагноз: *белая горячка.*

Транспортирован, как социально-опасный больной, во 2-ю психиатрическую больницу.

Приведенные случаи достаточно ясно распадаются на две группы: первые три, где алкоголь без явлений высокой степени опьянения провоцирует больных на ряд антисоциальных действий, настолько грубых, разрушительных и лишенных какой-либо коррекции со стороны сознания, что близкие были вправе заподозрить остро развившееся душевное заболевание и прибегнуть к вызову скорой психиатрической помощи.

Внешние обнаружения антисоциальных черт в поведении, как бы они ни были на первый взгляд показательны, не всегда могут иметь абсолютное значение в решении вопроса о госпитализации. Так, напр., во втором из наших случаев поведение больного заключает в себе больше опасности для окружающих, чем в третьем, хотя, вообще говоря, оба эти случая весьма схожи между собою по общей картине поведения больных. Учитывая особенности последнего, казалось, надо было признать, что мужчина, вооруженный топором, злобный, агрессивный и к тому же нетрезвый, опаснее, чем хотя бы и с выраженными разрушительными стремлениями, но все же более слабая физически и безоружная к тому же женщина.

Нам представляется, однако, что в обоих случаях дежурные психиатры, кстати сказать, разные лица, решили вопрос о характере пособия, нужного для больных, правильно, один, оставив больного на дому, другой — транспортировав больную в психиатрическую больницу.

Даже то краткое описание обоих случаев, которое было сделано выше, дает достаточный материал для суждения о том, что, если так можно выразиться, социальный прогноз у обоих больных был неодинаковым. В одном случае достаточно внушаемый субъект, с которым, даже в период наивысшего подъема кривой возбуждения, оказалось возможным наладить контакт, а вслед затем уговорить и успокоить его, живущий в населенной квартире, совместно с матерью, по отношению к которой у него не только не возникало враждебного чувства, но которую он терпел около себя и не обидел в минуты буйства и разрушения, в другом — женщина социально неустойчивая вообще, с тяжелым сексуальным прошлым, с несомненной глубокой травмой в душе, с тщательно скрываемым, даже от себя самой, сознанием своей гражданской неполноценности. Алкоголь парализует у больной все обычно действующие задержки, напор расторможенных душевных сил велик, требует разряда и находит его в стойком и длительном аффекте

истероидного характера. Больная одинока, «окружена врагами». Зрелище ею же учиненного разрушения и вид жильцов, с которыми ее связывают неизвестные нам отношения, причиняют больной новую душевную боль и побуждают к маскирующей ее новой агрессивности. Временная госпитализация такой больной, разумеется, была показана.

Все три случая этой группы, в том числе и первый, самый легкий и простой, взятый нами, как материал, удобный для сравнения с другими двумя, дают развернутую картину постепенного нарастания психо-патологических черт и, соответственно этому, сложности и тяжести антисоциальных проявлений у больных.

Вторая группа случаев острых алкогольных психозов составлена нами из трех больных с типичной, как это пришлось нам наблюдать, для интоксикационных душевных заболеваний градацией в развитии и углублении болезненного процесса. Она представлена нами непосредственно за первой в качестве своего рода контрастного материала, могущего оттенить особенности клинических данных, с одной стороны, и социального прогноза, характерного для обеих групп, с другой.

Первое, что нам приходится констатировать общего у всех трех наших больных, это наличие ярких обманов чувств, не наблюдавшихся вовсе в первых трех случаях. У первого больного второй группы мы наблюдаем только слуховые, у второго и третьего, кроме того, и зрительные галлюцинации.

Наличие обманов чувств, вне зависимости от прочей симптоматики, сразу ставит резкую границу между обеими группами, заставляя нас вторую из них, где они наблюдаются, отнести к душевным заболеваниям с формальными нарушениями психической деятельности, а первую, где их нет, к группе тяжелых психоневрозов, спровоцированных алкоголем на тяжелые аффективные вспышки.

Роль алкоголя, как мы видим, на больных второй группы совсем иная. Здесь он — причина заболевания, действовавшая не непосредственно, а исподволь, загодя, со свободным от потребления его периодом за несколько дней до начала психоза, в течение которых имели место, видимо, процессы нарастания интоксикации центральной нервной системы. В первом случае второй группы вполне развившаяся картина алкогольного галлюциноза не вызвала соответствующих изменений поведения больного, сохранившего социабельность, контактного, достаточно внушаемого, добродушного и, самое главное, неактивного.

Во втором случае картина психоза представляется вполне развернувшейся, охватывающей новые участки сознания, с яркими зрительными галлюцинациями и бредообразованием. Больной становится сначала напряженным, затем активным, деятельным, готовым для совершения грубого акта насилия, которым он определенно и угрожает. Он должен быть

госпитализирован, так как иначе уголовная развязка этого случая, надо думать, неизбежна.

Первый больной дает, наоборот, благоприятный социальный прогноз, и предъявляемые им показания для госпитализации недостаточны. Более того, можно не без основания допустить, что госпитализация этого больного, осуществленная в порядке действующего трафарета, без необходимой индивидуализации размещения и обслуживания, легко может вывести его из пока что свойственного ему состояния социального равновесия. Такому больному, как мы хорошо знаем из нашей лечебной практики, нужен длительный, крепкий сон. Если мы сможем дать больному такой сон, болезнь обычно удается купировать и через несколько дней наступает полное восстановление душевного здоровья.

Квартирное обследование этого и второго случая первой группы, как наиболее ответственных (произведенное обследовательским аппаратом психиатрического отделения Института скорой помощи), показало, что оба они имели, в соответствии с предположениями оказывавших помощь больным дежурных психиатров, благоприятный исход. Последний больной второй группы представляет из себя вульгарный случай белой горячки, использован нами также как показательный материал и, разумеется, не может вызывать сомнений в необходимости госпитализации.

В заключение наших характеристик работы дежурных психиатров скорой помощи по отдельным нозологическим группам душевнобольных, нам остается еще упомянуть об органических формах душевных заболеваний, со включением в них прогрессивного паралича помешанных, составляющих в сумме своей 5,6% материала психиатрического отделения Института скорой помощи.

Изучая работу дежурных психиатров скорой помощи, приходится констатировать, что здесь были допущены некоторые отклонения от принятых методов работы в сторону расширения показаний к госпитализации. Органики и паралитики в ранние периоды болезни редко дают основания для квалификации их в качестве социально опасных больных; они слишком для этого лабильны, неустойчивы в своих настроениях, легко отвлекаемы и поверхностны в аффективных разрядах. Мы располагаем, разумеется, материалом, когда неумелый, а иногда и нарочито грубый подход, насмешки и пр. приводили больных в такое состояние, которое делало их опасным для окружающих, однако чаще всего нам приходилось встречаться с иными чертами в поведении больных этой группы, делающими их социально беспокойными и неуживчивыми: они деятельны, подвижны, суются не в свое дело, берутся за работу, которую не умеют делать, неопрятны, сорят, пачкают в квартире, не спят, ходят по ночам, не считаясь с необходимостью соблюдать тишину, легко раздражаются, вступают в спор и т. п. Все эти черточки в поведении душевнобольных органиков не таковы, чтобы считать

их опасными для окружающих лиц, и, тем не менее, нами была дана установка дежурным психиатрам на госпитализацию таких больных, если они встретятся в их практике.

Мы полагали раньше и остаемся и в данное время при том убеждении, что профилактический уклон в работе скорой психиатрической помощи должен чувствоваться столь же отчетливо, как и в других отраслях практической медицинской работы. Никогда не следует забывать о том, что там, где нам приходится сталкиваться с уже развернувшейся картиной опасного для окружающих душевного заболевания, мы должны его, тем или иным путем, купировать, там же, где подобного состояния еще нет, но его можно ожидать по ряду объективных признаков, мы обязаны принять все меры к тому, чтобы оно не наступило. Формализм, в чем бы он не выражался, не должен иметь место в системе психиатрической скорой помощи. В борьбе с ним и для осуществления профилактических принципов работы нами и был организован при пункте обследовательский аппарат, имевший своей задачей проследить, чтобы посещенный дежурным психиатром и оставленный на дому с последующим направлением в диспансер или к райпсихиатру больной действительно дошел бы до них.

Эта цель достигалась как посредством личных посещений на дому сестрой обследовательницей наиболее ответственных больных, по возможности, на следующий день после визита дежурного психиатра, так и путем посылки райдиспансерам уведомлений на больных, которых необходимо привлечь к лечению, с указанием их адреса и формы заболевания. Таких уведомлений за отчетный период было послано 513.

Мы заканчиваем наш обзор повторным указанием на то, что, к сожалению, он далеко не полон. Вопросы госпитализации душевнобольных, которых мы коснулись, освещены далеко не исчерпывающим образом. Недостаточно использованным остался, в частности, материал, весьма поучительный с нашей точки зрения, характеризующий работу районных диспансеров и психиатров в той ее части, где она скрещивалась с работой дежурных психиатров скорой помощи.

Необходимо было, точно также, дать больше казуистического материала по работе пункта скорой психиатрической помощи, дифференцировав его, по возможности, по всем нозологическим группировкам обслуженных нами больных. Остался почти нетронутым и тот участок работы психиатрического отделения Института скорой помощи, который был отведен нами клинике: мы возлагали большие надежды на возможность осуществления клинического анализа наших случаев, объединив воедино тот материал, которым, так сказать, in vivo располагали дежурные психиатры, наблюдавшие больных сплошь и рядом в первые часы обнаружения душевного заболевания, с данными клинического исследования и наблюдения над теми же больными, но уже в стенах лечебного учреждения. Режим и обстановка

последнего чрезвычайно быстро, как мы знаем, накладывают свой отпечаток на душевного больного, на его поведение и манеру держать себя с персоналом и другими больными, между тем как социальная личность больного в привычной для него обстановке и окружении в большей степени и на более длительное время сохраняла присущие ей в здоровом состоянии качества.

Вот почему больничный врач в своем представлении о больном, как бы хорошо не было поставлено лечебное учреждение, всегда оказывается лишенным одного чрезвычайно существенного обстоятельства — впечатления о социальной личности больного, полученного из данных непосредственного над ним наблюдения в привычной для больного бытовой или трудовой обстановке.

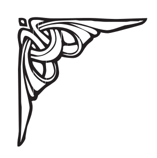
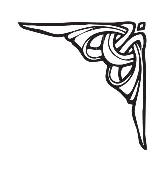
С этой точки зрения принятая, например, классификация группы алкогольных психозов едва ли может быть признана исчерпывающей все особенности их течения, что лучше всего явствует хотя бы из того факта, что явления алкогольного галлюциноза, которые обычно рассматривались лишь в плане принадлежности их к симптомокомплексу белой горячки, за последнее время, являясь наиболее распространенным заболеванием из группы острых алкогольных психозов, приобретают право на известную нозологическую самостоятельность. В этой области наш материал чрезвычайно разнообразен и богат, и мы полагаем, что дальнейшее изучение его могло бы дать клинике ценные наблюдения.

Равным образом, работа по изучению объединенного материала пункта скорой психиатрической помощи и психиатрического отделения института несомненно помогла бы найти правильное решение вопроса о, как мы называем, терапевтическом optimum'е для различных форм душевных заболеваний. Психиатры, разумеется, намного уже ушли вперед от того времени, когда единственным лечебным мероприятием для заболевшего душевно человека являлось помещение его в специальное закрытое лечебное заведение и когда по степени развитости в стране сети психиатрических больниц судили о культурном уровне нации. Мы сумели за последние 10–12 лет развить сеть учреждений внебольничной психиатрии, переключив в значительной части на них, по крайней мере в больших городах, центр тяжести психиатрического обслуживания населения. И, однако, несомненно, что мы не располагаем еще достаточно обоснованным критерием, проверенным на большом, совместном опыте стационара и психиатрического диспансера, посредством которого врач психиатр безошибочно мог бы принимать решение о характере необходимого для больного дальнейшего лечения.

Наличие одного клинического чутья, своего рода интуиции, недостаточно; оно может нас обмануть и не все им располагают в нужной мере. Связанные с этим вопросы должны быть уточнены на базе по возможности

точного знания, иначе те ошибки, которые часто допускаются специалистами, направляющими в стационар больных, не нуждающихся в нем, или оставляющих на дому тех, кто должен быть госпитализирован, не будут изжиты. И поскольку вопросы терапии психозов все больше начинают останавливать на себе врачебную мысль, проблема установления первоначального терапевтического optimum'а для душевнобольных представляется нам особо важной.

Публикуя настоящую работу, мы имели в виду, помимо сообщения того материала, который дала нам деятельность психиатрического сектора Ленинградской скорой помощи, затронуть и некоторые проблемы общего значения и интереса. Дальнейшее изучение их в рамках настоящей статьи представляется затруднительным, почему мы и полагаем наиболее удобным рассмотреть их изолированно от прочего нашего материала.

Анна Семеновна ЛЕВИНА (1910–?)



Более десятка лет назад, уже в довольно преклонном возрасте, покидая по семейным обстоятельствам нашу Родину, А. С. Левина сочла необходимым посетить больницу и оставить свои воспоминания, надиктовав их на магнитофон, но отсутствие на тот момент возможности качественной записи повлияло и на дальнейшую расшифровку текста. Мы ничего не стали менять и редактировать, сохранив содержание в печатной форме. В заключение позволим себе небольшое замечание: рассказ Анны Семеновны, посвященный «кировской истории», известен в публикациях по этому вопросу, но личное свидетельство Анны Семеновны дополнительно передает не только факты, но и атмосферу страха, в котором жила страна.

Печатается по магнитофонной записи интервью, взятого в 2000 году.

А. С. ЛЕВИНА

Воспоминания о 2-й психиатрической больнице

Родилась я в Белоруссии… город Борисов. Этот город делится рекой Березиной на два города — Новый Борисов и Старый Борисов, вот я жила и росла в Новом Борисове, а до старого Борисова было примерно километра четыре. В 1910 году 7 ноября у меня день рождения, я была пятым ребенком в семье, всего было семь человек. В Новом Борисове я окончила семилетку. Первыми учителями, как мне было известно, были Мысс и его

супруга. Он был в прошлом белый офицер, он приходил на уроки в кителе, без погон, и эти места, где им положено было быть, были темнее, чем сам китель. Брюки галифе… — это немножко лишнее, но я хочу сказать о нем более подробно, — всегда до блеска начищенные сапоги — очень опрятен, очень чистоплотен, всегда с лакированными ногтями, усиками, прямой пробор. И он преподавал нам математику, физику. А его супруга — русский язык, литературу, природоведение, географию. Но училась я посредственно, потому что я не любила математику и плохо успевала. Зато мне очень легко давался русский язык и литература, и очень любила природоведение, и, вообще, любила природу. Этому способствовало то, что с ранних лет, как я помню себя, с раннего детства уходила с пастухом, как только я услышу призыв его рожка, я уходила с коровами в лес — он гнал коров на раннее пастбище. И это был мой второй учитель, он меня многому научил, как понимать и как читать лес. Я умела отличать голоса птиц, как входить и как выходить из леса, и вообще, я очень любила природу. По складу характера я была малообщительной девочкой, подруг у меня было немного. Но вот так я росла, здоровой, крепкой и очень любознательной. Меня рано научили читать, от меня прятали многие книги, но сестра от меня забирала Чарскую, братья забирали книги, которые в последних классах семилетки надо было проходить по программе. И, тем не менее, я окончила семилетку, год была дома — помогала матери в домашнем хозяйстве справляться, а потом братья забрали меня в Ленинград, где я продолжала учебу с их помощью, и экстерном сдала экзамены за 10 классов, и пошла учиться в музыкальное училище на улице Некрасова по классу вокала. И была я неудовлетворена, хотя успехи-то были, в общем, неплохие, но это было не мое призвание. И как-то случайно, проходя по Большому на Петроградской стороне, я прочла объявление, что открылся техникум, где преподавали в основном душевные заболевания и уход за душевными больными, особенности ухода, особенности наблюдения, и я, не долго думая, собрала документы и поступила в этот техникум, который я закончила и по окончанию пошла работать во вторую психиатрическую больницу, где я проходила практику. Вот так, там, в этой больнице, больнице св. Николая Чудотворца, я начала свою трудовую деятельность. И так незаметно я там… незаметно… более 40 лет проработала. Год и 8 месяцев — медицинской сестрой, а потом я поступила на вечернее отделение первого медицинского института, и со второго семестра третьего курса переведена на дневной факультет лечебно-профилактический, и закончила его в 37 году. Работая сестрой и будучи студенткой медицинского института, я постоянно посещала среды Останковские, он начальник кафедры психиатрии первого медицинского института. Мне они были очень интересны, я с удовольствием и внимательно выслушивала разбор больных, заключение профессора Петра Александровича Останкова. И, таким образом, я все глубже проникала в тайны этой профессии и работала с полной отдачей.

Кончив институт, я туда же пошла работать с 38-го года. Вот первое впечатление от второй психиатрической больницы, когда я там работала еще сестрой, было вообще немножко устрашающее. Во-первых, переполнение огромное, теснота, очень много было больных.

И самое страшное, что я тогда воспринимала с большой болью, — это камзолы. Камзолы — такие длинные холщовые рубашки, с очень длинными рукавами, застежки, вернее завязки, были на спине, рукава были очень длинные. И больному надевали такую рубаху, сзади эти рукава завязывались, и, таким образом, больной… его иногда привязывали к спинке кровати, такого больного, — он был обездвижен, и, в общем, уже психомоторное возбуждение, агрессия, так немножко они притормаживались. Потом я еще застала изоляторы — это небольшие комнаты, обитые кожей, дверь очень прочная, с таким крепким засовом, маленькое оконце с дверкой, через которое подавалась пища больному, и, в общем, туда направляли больных, с которыми справляться — с психомоторным возбуждением, с агрессией — было невозможно. В некоторых случаях, иногда чаще, иногда реже, больным давали наркотические средства: опий, морфий, пропион — но это было ограничено, было опасно. Итак, применялись физические средства ограничения. Я застала еще больных с прогрессивным параличом, результатом четвертичного сифилиса, когда это заболевание еще не умели лечить. Эти больные лежали в особой палате вдали бокового коридора. Зайти туда без противогаза, без маски было невозможно, потому что они уходили из жизни в состоянии глубокого слабоумия и резкого возбуждения — они просто бессмысленно орали-кричали, все физиологические отправления — под себя. Больные были в пролежнях, трофические язвы, которые явно кишели спирохетами. Они уходили из жизни с тем, с чем, наверное, приходят в жизнь: хватательный и сосательный рефлексы. Все это отделение — было страшно туда войти, с большим гнетом, с большим камнем на душе мы уходили, покидая эту палату. Лишь только когда я поступила уже работать врачом, я застала, что этих больных с прогрессивным параличом лечили малярией, и очень успешно, особенно если своевременно был правильно поставлен диагноз. Но было такое, что не хватало малярийных больных, и привозили мы комаров, которых сажали на больного, и после нескольких укусов, через какой-то латентный период они давали до 10–12 приступов — состояние больных улучшалось заметно.

Некоторые больные говорили: «Что вы с нами сделали?! Мы были так счастливы», — потому что бред у них был величия, они были счастливы, они были обладатели банков, замков, прекрасных женщин, гаремов — и тому подобное — нелепый бред величия, знатности, богатства и прочее. И этот бред под влиянием лечения малярией стихал, и иногда они говорили, вот, я уже повторяюсь: «Мы были такими счастливыми, что вы с нами сделали?!»

Мы работали и все время учились. Постоянно у нас были научные конференции, разборы больных. После профессора Останкова были ученые, профессура из института Бехтерева. Доктор Лутц Ярослав Владимирович был нашим консультантом. Я хочу остановиться на этой личности. Это обаятельный, очень добрый, высокообразованный, очень эрудированный врач. И добрый был товарищ. Всегда помогал нам, молодым врачам, в любое время звонок телефонный — и он приходил, помогал нам, где мы не могли сами справиться с вопросами лечения или дифдиагностикой. А позднее нашими старшими товарищами были профессор из института Бехтерева Авербух Ефим Соломонович, Хвиливицкий Теодор Яковлевич, профессор Мясищев, Озерецковский Дмитрий Сергеевич. Еще к нам часто приходила профессор Голант. Так что мы очень многому учились у наших консультантов, они обогащали наши знания, и мы были очень благодарны за помощь.

Постепенно наша больница благоустраивалась, открывали новые отделения. Больные поступали по направлению, чаще всего из психоневрологических диспансеров, но бывало, что и с улицы скорой помощью, это относилось к алкогольным психозам, эпилептики поступали, какие-то другие с неправильным асоциальным поведением, которое граничило с душевным заболеванием, — вот такие больные поступали по скорой помощи. Но обращения родных или чтобы спонтанно сами больные приходили — такие случаи что-то мне не запомнились, по-моему, таких случаев не было у нас. Коллектив был у нас большой. Дружный. Помогали друг другу, выручали друг друга в трудных случаях, приходили на помощь, если это нужно было. Никогда не было антагонизма, недоброжелательности, вот так трудились мы. Администрация, я имею в виду главных врачей, довольно часто менялись в больнице. Вот я застала, когда была медсестрой, доктор Верстриц был, при нем был еще доктор Успенский, он мало работал у нас, и что-то мне припоминается, не то он был одновременно директором больницы или директор был другим. Но доктор Успенский тоже долго не задержался у нас в больнице, ему на смену пришел доктор Добротин Борис Михайлович. А потом началась война, доктор Добротин ушел на фронт, вместе с ним ушли очень много работников больницы, начиная с санитаров, санитарок, медбратьев, медсестер. И нас осталось очень немного, в общем-то, работали не только за двоих — нагрузка была чрезвычайно большая, но таково было время. Вот с началом войны, когда доктор Добротин ушел на фронт, к нам пришел профессор Хвиливицкий Теодор Яковлевич. Скажу о нем, что это был человек очень внимательный, внимательный к персоналу, к врачам, очень отзывчивый, и справлялся он вполне с работой в больнице. Позднее, в июне месяце, пришел к нам на работу в качестве главного врача бывший городской психиатр доктор Ляховицкий Михаил Яковлевич. Я хочу вернуться немного до деятельности Михаила Яковлевича. При докторе Хвиливицком, все те годы войны, то, что случилось в нашей больни-

це, двумя словами не скажешь. На территорию больницы упали три фугасные бомбы. И самое страшное, это было в ночь под Пасху 1942 года, было 4 апреля, по-моему. Одна бомба пробила, если со стороны Мойки, правое крыло, упала на крышу, пробив несколько этажей. Внизу была аптека, там, видимо, стояли горючие, воспламеняющиеся средства — возник пожар. А второй флигель — слева, бомба упала в метре от стены, которая смотрела на реку Пряжку. И эта стена, непробиваемая снарядами, потому что в прошлом тюрьма строилась очень надежно, снаряды не пробивали эти стены, а когда упала бомба, то все стены обрушились и погребли под себя людей, причем не душевнобольных. Тогда в этом отсеке, в первом этаже было открыто отделение для дистрофиков, стационар, и сотрудники там лежали, и родственники сотрудников. А дело было так: с вечера был очень устрашающий рев «мессершмиттов», буквально над головой, где-то очень близко падали бомбы, рвались снаряды. Это был ад кромешный. Мы не успели после дневной работы немножко прилечь, одетые, в бушлатах теплых. Нам спички выдали накануне как раз. У каждого из нас была, стояла «летучая мышь» возле кровати. Я тогда и несколько врачей из больницы Фореля, мы жили в одной комнате, находясь на казарменном положении. Из больницы Фореля они приехали, как только фронт подошел к селу Рыбацкое в Невском районе, они перебрались к нам. Я пошла к своим пациентам, к дистрофикам, потому что я сама недавно встала, после того как 10 дней пролежала, и очень ослабленная еще пошла работать. Хвиливицкий Т. Я., главный врач, меня оставил там, чтобы подкрепить здоровье. И вот, услышав такой рев «мессершмиттов», я взяла «летучую мышь», нащупала лежащие у меня в кармане спички и пошла вдоль коридора. Не успела я сделать два-три шага, как раздался этот страшный удар, затем второй, потом шум обваливающихся стен. Я только помню, что была у одного конца коридора, а дальше ничего не помню. Это было где-то около часа ночи, а в шестом часу утра меня нашла Анна Ивановна Коровина. Я услышала: «Аннушка! Аннушка!» — я ответила, в общем, она мне помогла выйти из-под обломков, видимо, были явления сдавления, контузия, небольшая гематома на голове и мочка правого уха была разорвана. Я была в крови, но, в общем-то, ничего серьезного не было. Мне оказали первую помощь, и мы пошли назад на помощь им. Мы до утра вызволяли больных из-под обломков, всех, в общем, вытащили. Погиб тогда у нас на руках один старый учитель, остальным оказали помощь, кто-то остался, вскоре их выписали, поскольку это были душевно здоровые люди, выписали домой. А в правом крыле погибли 11 человек, сгорели живьем, заживо сгорели в пожаре. Когда я вышла на территорию больницы, я увидела такую картину: пожарники в обледенелых робах тащили на себе брандспойты обледенелые, едва переставляли ноги, в общем, помощи от них было очень мало, помогал в основном персонал, который там проживал внизу. И те, кто близко жил, прибежали, и все служащие, которые были на дежурствах,

вызволяли больных, которые находились в огне. А на территории больницы я увидела такую картину: скарб, какие-то узлы, на них дети закутанные сидели, это которые жили в первом этаже. И тут я увидела вдоль ограды, которая огораживала так называемый деревянный барак, куда обычно клали смертельно больных, или там была инфекционная палата для инфекционных больных, дизентерией, с брюшным тифом, пневмонией, в общем, для соматических больных, которых мы туда направляли… И вдоль ограды я увидела фигуру в девичьей шубке, я узнала по шубке — доктор Калиш, из больницы Фореля. Фаина Калиш. Я узнала от окружающих, что у нее в пожаре погибла мать. Я к ней подошла, прильнула к ней и отошла, тут слова не нужны были.

Вскоре упала третья бомба, это было 26 апреля. Она упала впереди приемного отделения, у парадного входа, где было справочное бюро. Повреждения были — только вылетели стекла, вместе с рамами, даже стекла из органического стекла, но никто не пострадал. А больные у нас тогда в основном поступали бойцы Ленинградского и Волховского фронта. Мы их всегда прятали, в бомбоубежище мы их уже не уводили, потому что это надо было выйти во двор, а в коридор первого этажа, он был достаточно защищен, но когда упала третья бомба, бойцы подняли буквально бунт. И потребовали Теодора Яковлевича Хвиливицкого, тогда главного врача, чтобы он их убрал отсюда, потому что это ловушка, потому что это хуже, чем на передовой. И Хвиливицкий буквально на второй день эвакуировал больных. Как мне известно, часть из них попала на Дровяной переулок, я могу тут ошибиться, но основная масса в третью психиатрическую больницу. В больнице осталось 70 нетранспортабельных больных и вместе с ними один врач. И этим врачом была я, доктор Левина. Так я месяц была одна с больными, а потом пришла доктор Горлева Александра Ивановна, в качестве главного врача. Это врач-психиатр скорой помощи. Она тоже недолгое время проработала, а за ней пришел доктор Ляховицкий, главный врач, главный психиатр города Ленинграда. Он очень активно взялся за восстановление больницы, был очень активный, очень требовательный, очень принципиальный человек. Но он по-своему заботился не только о больных, но и о служащих.

Немножко здесь вернусь к тому, что было до того. В марте 1942 года мы вышли на очистку территории, все служащие, вооружившись лопатами, ломами, кирками, чем угодно. Это была такая картина, которую нельзя было передать, и очень жаль, что никто не сделал вообще никаких снимков. Отекшие, бледные, с цинготными ртами, деснами мы едва поднимали молот, не молот, а лом, и опускали его, потому что в силу тяжести он сам падал, долбили, долбили лед. Ну, в общем, мы очистили территорию. И в этом тоже, я бы сказала, был подвиг. Огромную значимость которого нельзя переоценить. Потому что если бы этого не было — там были нечистоты —

весна и солнышко, микромир бы взял то, что не доделала война, что не доделала блокада.

Вот так, я возвращаюсь к доктору Ляховицкому. Он тогда сделал призыв, чтобы мы копали целину, запущенный сад и территорию, которая близко прилежала к больнице, сеяли клубнику, ягодные кусты, и набережную реки Пряжки тоже всю вскопали, и каждый из нас там получил какой-то маленький участок. Мы сажали лук, свеклу, что-то такое еще, и, в общем, к осени мы сняли очень хороший урожай, так как земля там была очень унавожена.

Но Ляховицкий отличался особым характером, к нему заходили только тогда, когда он был в хорошем настроении. За дверьми стояли люди и спрашивали, какое настроение было у Михаила Яковлевича, и если плохое — возвращались на места, к нему не заходили в кабинет. Детально я говорить ничего не буду. Но в 1953 году, это, по-моему, было после того, как была эта московская история с врачами, учеными, стали увольнять, снимать с работы заведующих отделениями еврейской национальности, и даже главных врачей. Мне стало известно, что главный врач третьей психиатрической больницы ни одного врача не снимал с работы, и, в общем, он остался на высоте. А нас, в том числе и меня, 6 человек заведующих из 18 отделений, 6 человек сняли с работы. Но потом эта ошибка была исправлена, и все, в общем-то, вернулось на круги своя.

Что еще я хочу сказать. Нашими помощниками были наши консультанты. Это доктор Рудштейн, доктор Дрозд, невропатолог очень опытный, рентгенолог. Они помогали нам в диагностике, помогали нам в лечении. У нас был очень сплоченный коллектив, никогда никаких не было распрей, никаких интриг. У нас были очень содержательные научные конференции врачей, и они дополняли наши знания теоретические. Учились на ошибках мы, как это так бывает.

Позже Ляховицкий был снят с работы, Татьяна Ивановна Николаева пришла, Татьяна Ивановна позже с работы ушла на пенсию, и пришел к нам в качестве главного врача ассистент клиники первого медицинского института доктор Миронов Борис Евгеньевич. Он много лет работал в качестве главного врача, он был человек прямой, спокойный, хорошо командовал парадом, как это говорят, всем коллективом руководил хорошо, доброжелателен был, отзывчив был и в больнице проработал спокойно. Занимали ведущие места при смотрах медицинских учреждений.

Вот вкратце то, что я могу сказать о больнице нашей. У меня остались очень хорошие воспоминания о периоде моей работы, очень много друзей, ни одного человека не могу я назвать, который ко мне бы относился плохо. Начиная от наших родных врачей: ординаторов, заведующих — никогда у нас не было недоразумений в работе. Когда я ушла на пенсию, отработав более 40 лет, я имела много благодарностей за хорошую работу, как это писалось в трудовой книжке, за воспитание медицинских работников сред-

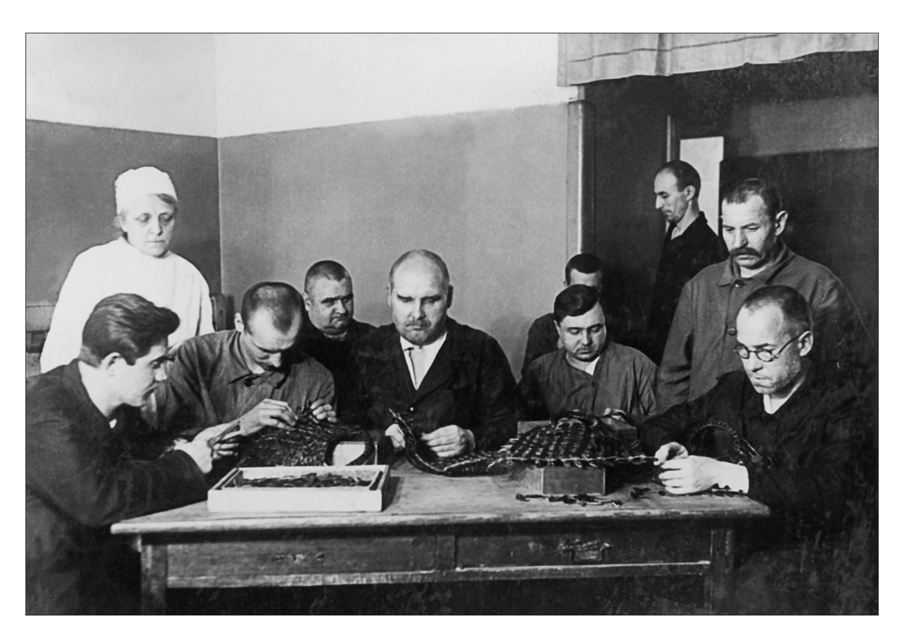
него и младшего звена, молодых врачей-психиатров, за участие в общественной жизни больницы. И в каком-то году меня наградили орденом «Знак почета». Это единственный орден, который был мне вручен. И я была очень счастлива такой высокой оценке моей работы. Я была очень благодарна, и я горжусь этой наградой. У меня среди документов есть поздравление от горздравотдела в связи с этим.

Во время блокады я собирала материалы, снимки, некоторые записи. Я предлагала главному врачу создать музей, но он отказал, ссылаясь на то, что это несвоевременно, что надо обустроить больницу, что много дел других, а это обождет. Ну, я все материалы послала в государственный музей истории Ленинграда. Оттуда получила на фирменном бланке приглашение явиться туда, чтобы лично поговорить, но я этого не сделала, так как у меня было очень много потерь в блокаде, и мне было не до этого. Я жила при больнице на казарменном положении. В 1943 году в Ленинград стали возвращаться эвакуированные граждане, демобилизованные. И я читала и слышала, что много судебных разбирательств. Дом, где я жила, в Фонарном переулке в Октябрьском районе, недалеко от Театральной площади, был разрушен, разграблен мародерами. Мне жить негде было. И я стала хлопотать перед райжилотделом Октябрьского района о жилище. Мне в двух случаях предлагали отдельные квартиры, но я отказывалась, так как боялась судебных разбирательств. И я третий раз пошла просить дать мне жилье, а не (неразборчиво), чтобы меня никто не беспокоил. И я вселилась, мне дали ордер, на улице Писарева, дом 18. Это такая элитная улица. Дом 18, как потом оказалось... это было впоследствии знакомство — Дальмас-Андреева Любовь Александровна. Это возлюбленная Блока, первая Кармен-Босоножка, воспетая Блоком в цикле «Прекрасной Даме». Мы с ней очень подружились. Она болела холециститом, и частенько, днем и ночью, вечером — в любое время, когда я дома, прибегала оказать ей первую помощь в связи с приступом холецистита. У меня был шприц ее, специальный. Я ей оказывала помощь. А познакомила меня с этой семьей (муж ее, Павел Захарович Андреев — Народный артист СССР Мариинского театра), меня познакомила с ними дочка. Я однажды шла с работы (доро́гой, где они, Любовь Александровна показывала, гуляли с Блоком Александр Александровичем), и я, чтобы сократить путь, все время шла дворами и выходила — напротив моего дома был маленький скверик — и там я застала свою дочурку с подружкой. И слышу их звонкий голосок: «Мы жертвою пали в борьбе роковой… замучен тяжелой неволей». А на скамейке — я обратила внимание — сидит очень благообразный пожилой человек с тростью, он подозвал мою дочь, а я сижу на скамейке и смотрю, что же это такое. Он говорит: «Девочка, спой еще что-нибудь», — она спела. Он говорит: «Где ты живешь?» — «Вот в этом доме». — «Так, значит, ты моя соседка. А где твоя мама?» — «А вот моя мама». — «А где твоя мама работает?» — «Моя мама работает в сумасшедшем доме». «Ну, так нельзя, То-

мочка, — я говорю. — Там душевнобольные люди, а не сумасшедшие». В общем, мы познакомились с этой семьей. И пока я жила, пока не уехала, мы дружили. Но Павел Захарович умер рано. Он оставался во время блокады в городе. А Любовь Александровна Дельмас-Андреева умерла уже в глубокой старости, в больнице. У нее был глубокий атеросклероз мозговых сосудов, состояние маразма. Не давала мыть ее, была неряшлива, и с ней очень было трудно общаться и что-то с ней делать. Она скончалась уже в преклонном возрасте, но при жизни она успела сделать так, что была сооружена мемориальная доска, как раз в промежутке между двух окон моей комнаты, там она сейчас и висит. В этой квартире, по соседству с Дельмас-Андреевой, я прожила до 1978 года. Квартира моя была на бельэтаже — 9 ступенек вверх. Она стала резервной — появлялись пьяницы, дворники. Жить стало невозможно. И я всеми возможными путями, и знакомых задействовала и кассу взаимопомощи, долги, все такое, мне разрешили купить квартиру, вступить в пай, в кооператив. До сих пор я там и проживаю. У меня двое внуков. И вот на этом я, пожалуй, и закончу.

Прошу меня извинить, я не сказала о главном, о лечебной работе. Когда я была сестрой, лечение, в основном, было симптоматическим. Очень большие трудности доставляли больные с психомоторным возбуждением. Кроме лечебных ванн, тепло-влажных обертываний, сухих обертываний, камзола, изолятора, иногда, в отдельных случаях, возможно, чаще, чем этого хотелось, применялись наркотические средства. Но это все был паллиатив, это не являлось лечением.

Лишь только в 1958 году мы стали лечить больных психотропными средствами. Это настолько изменило характер нашей жизни, и жизни вообще психиатрии, и работы с больными, что иногда тишина нас просто пугала. Было тихо, не было возбуждений. Мы отказались совершенно от этих смирительных рубах, от сухих обертываний, от тепло-влажных обертываний, ну а лечебные ванны мы часто назначали больным, там, где были показания для этого. Где-то в 1932 году, если память мне не изменяет, начали лечить больных инсулином, и это давало на первых порах большие надежды, так как эффект был неукоснительный. Сколько-то коматозных состояний, и больные-шизофреники с галлюцинаторно-параноидным синдромом выходили из болезненного состояния. Немного позднее, я не могу сейчас уточнить, когда именно, мы стали применять электрошоки. Показания к ним были: агрессия, наряду с этим депрессивные состояния, когда не помогали антидепрессанты, мы подключали электрошоки, и это тоже давало определенный эффект. В отдельных случаях применяли к больным с социально-опасным поведением. Были случаи, когда применяли лоботомию к особо опасным, агрессивным больным. На моей памяти у нас в больнице, в отделении, где мы работали, прямо в процедурной, нейрохирург больницы 25-го Октября (фамилию я его не помню) произвел такую операцию. Я ассистировала. Больной стал спокойным, вел растительный





Трудотерапия. Фото 1950-х годов

образ жизни: ел и спал, ни на что не реагировал, никаких эмоций. Вот в связи с последним я вспомнила, я прочла брошюру Крюи (Kruif Paul, de) «Борьба с безумием», где он пишет, что довольно широко применялась лоботомия, но они тоже очень быстро разочаровались в этом методе лечения и отказались от него. А вот инсулином и электрошоком лечили все



Совместный праздник персонала и пациентов. Фото 1960-х годов

время моей работы в больнице, помимо психотропных средств. Но инсулин стал немножко отступать, и более выборочно, комиссионно, назначали электрошоки.

У меня был такой случай, очень печальный, со мной. После 24-часового дежурства, утро как раз, у меня продолжался рабочий день. И этот день был днем, когда мы делаем электрошоки больным. И я допустила вот что. Я включила больного прямо в сеть, минуя клеммы, минуя аппарат, то есть я наложила клеммы и, минуя аппарат, включила больного прямо в сеть. Я спохватилась спустя минуты полторы, максимум две. Реакция была страшной, был такой длительный судорожный припадок. Но к счастью, больной справился и выздоровел после единственного электрошока. Я тогда пошла к главному врачу, это был доктор Ляховицкий, и сказала, что после 24-часового дежурства заниматься такими делами нельзя, ведь я, такая внимательная и ответственная, допустила такую вещь и могла потерять больного. Это был единственный случай в моей жизни такой, во время моей работы. Вот так. Ну, и когда я уже уходила с работы, уже были способы… комбинированные психотропные средства, анализ, почему давали то или другое комбинированное средство. В общем, больные поправлялись. Но ремиссия была непродолжительной, хотя многие задерживались дома на поддерживающих дозах. Я знаю таких больных. Их признали инвалидами. Они живут десятками лет дома, трудятся и получают поддерживающие дозы лекарств психотропных, но, правда, их сейчас очень трудно достать, многие из них. Это все очень дорого, и нашим больным очень трудно.

Я имею катамнез некоторых больных, родственники которых иногда звонят мне домой, спрашивают совета.

Больница наша всегда отличалась тем, что она всегда была перегружена, не хватало коек. И эпизодически собирали больных с дефектами, уже тяжелых хроников, переправляли их в другие больницы, чаще всего это была больница им. Кащенко под Гатчиной. Открывались новые отделения для более острых больных, но осталось некоторое число хроников. И больных часто укладывали спать в коридорах, койки были очень близко друг от друга, рядом стояли койки. И это приводило иногда к несчастным случаям. Инфекционных больных, допустим, когда они заболевали дизентерией, мы их отправляли — у нас был деревянный покой — флигель в глубине двора больничного, там был обученный персонал. Он был очень чистенький, больных содержали в чистоте, по всем тем правилам гигиены, санитарии, то, что требовало лечение инфекционных больных. Очень редко отправляли в Боткина, тогда, когда уже после войны этого барака у нас не было. Он както сам по себе, наверное, разрушился. Я даже не помню, что с ним случилось. Разрушился он, по-моему, сам по себе.

Было хирургическое отделение. Заведовал этим отделением доктор Блок. Там проводили очень сложные операции, где это было показано. И, в общем, они функционировали, был свой коллектив там, хирургические сестры опытные. Он очень нам помогал в работе — не надо было переводить наших больных, оставлять там посты круглосуточные, лечили мы всех «на дому».

Я хочу еще пару слов сказать по поводу питания наших больных. Как мне помнится, больных мы всегда очень хорошо кормили, почти были домашние обеды. Как мне кажется, у нас были очень добросовестные повара и пекарь. Притом при дежурном враче всегда, прежде чем приступить к обходу и прежде чем отпустить буфетчикам обеды, дежурные врачи всегда снимали пробу, в общем, они съедали обед, ужин и завтрак во время дежурства. Прямо из котла, пища была вкусная, добротная, калорийная. Масло, сахар, мясо отпускались при дежурном враче соответственно калькуляции. Но были такие ловкачи, отдельные случаи, когда дежурный врач уйдет, и масло оттуда вытаскивалось, по этому предмету были обсуждения и осуждения, и в первую очередь страдал главный повар, руководящий, потому что он должен за этим делом следить. Кроме того, не раздавались завтраки и обеды без того, чтобы заведующий отделением не проверял дежурные порции — утром масло, сыр, колбаса, что бывало. Дежурная порция всегда стояла, я в любое время могла подойти к больному, взять со стола порцию его, бутерброд, что-то второе, и пойти взвесить и проверить. Я была довольна своими буфетчицами, они были очень добросовестными, и никто у меня на пищу, на то, что их объедают, недодают, никогда не жаловался. Ну и, кроме того, после войны, когда кончилась эта вся голодовка, дистрофия, ведь приносили родственники передачи. Были холодильники, были передачи, мы их ограничивали, потому что больные

не могли справляться с таким количеством пищи. И мы часто возвращали передачи домой, потому что хватало нашей больничной пищи, оставалась наша больничная пища.

У нас были отдельные, выделенные участки сада, где прогуливали наших больных, устраивали прогулки и зимой и летом, младший персонал, средний персонал ходил с ними. Прогулки были не для всех больных, хотя особо опасных больных тоже выводили, индивидуально, с определенной сестрой или санитаркой, так что и они не были у нас лишены воздуха. Воздух, кстати, был хороший, потому что мы часто очень проветривали, делали кварцевание — была бактерицидная лампа, и во время часа отдыха мы освещали этой лампой в палатах, в коридоре, поэтому воздух был хороший — мы за этим следили. Была у нас ванна, ослабленных больных мы мыли в ванной. А ходячих водили вниз, где устраивали душ раз в 10 дней, с полной сменой белья постельного и нательного. Мы за этим очень следили. И мало того, мы обрабатывали обувь больных каким-то дезраствором, как он назывался, я забыла. Сутками держали обувь в дезрастворе и только потом давали ее больным. Больных, ноги которых были поражены эпидермофитией, оставляли в ванной комнате, она была обширная, выделяли уголок, и там специальная медсестра обрабатывала эти ногти, смазывала. Мы боролись с этими грибками и маркировали обувь грибковых больных. В этом отношении вопрос был поставлен хорошо. Но вот трагедией большой было в отделении, когда поступал наркоман. Эти больные нарушали буквально весь ход лечебных процессов. Это оборотни были, они забирали у больных снотворные, умудрялись каким образом?! Сестрам был дан указ: «Даешь таблетку — открывай рот, посмотри, съел ли больной таблетку». Но некоторые больные так умудрялись, прятали таблетку так, что сестра не могла ее находить, и они обменивали ее наркоману на папиросы, конфеты и пр. Они изощрялись так, что внутри конфет вносились наркотические средства, лекарства, в батонах, в молоке, и мы перестали принимать передачи от родственников и друзей наркоманов.

(*вопрос неразборчиво*) Нет, нет. О тяжелых случаях, с тяжелыми больными — это очень много времени, я говорить не буду. Но в последние годы моей работы ко мне поступали… допустим, в женское отделение направляли больного мужчину. Такой был случай с художником-гримером из Мариинского театра. В чем дело, почему не по профилю? Распоряжение главного врача: «Надо вы́ходить, Анна Семеновна». Я освобождала палату на 6 коек, стесняла других больных, у больного ставила отдельный пост сестры, отдельный пост санитарки, больного брала к себе — я становилась его лечащим врачом. История болезни записывалась несколько раз в день. И вот этого художника-гримера мы не смогли спасти. Случилась такая беда, больного кормили всегда в полусидячем положении, пища давалась измельченная, укладывалась она в рот, в преддверие рта, но в один прекрасный день пришла его жена, это было ранней весной, откуда-то она взяла свежие

овощи, принесла немного свежего винегрета из овощей. Мы еще больше измельчили винегрет и маленькими порциями вкладывали больному в рот, и вдруг на моих глазах, на глазах у сестры и санитарки, он поперхнулся — явления асфиксии — и больной скончался. Я звоню главному врачу, он пришел и первым делом забрал у меня историю болезни и говорит: «Назначу городскую врачебно-контрольную комиссию». Я говорю: «Пожалуйста! Ваше право назначать любую комиссию». Нарушений ухода, правил ухода с нашей стороны не было, а по тому, как и чем мы лечили больного — это все отражено в истории болезни, подчеркнуто красными чернилами. Записи велись несколько раз в день по часам, что когда дано, и состояние больного было отражено. Я попросила главного врача, доктора Ляховицкого, дать мне историю болезни, написать посмертный эпикриз. Он дал, стоял над моей головой, я написала посмертный эпикриз, он забрал историю болезни, и через пару дней нас вызвали в горздравотдел на предмет лечебно-контрольной комиссии городской. Кто был участником? Был городской терапевт профессор Тушинский, мой учитель по кафедре общей терапии, патологоанатом профессор Гаршин, наш терапевт, я — лечащий врач и заведующий отделением, сестра медицинская, санитарка, история болезни. В общем, сказали мне, что очень правильное и хорошее ведение истории болезни, все очень четко отражено, и психическое состояние, и физическое, и все было «в ажуре» с историей болезни. Профессор Гаршин сказал, что на вскрытии нашли кусочек моркови в трахее и кровоизлияние в продолговатом мозге. Продолговатый мозг и вторичное нарушение акта глотания — и смерть от кровоизлияния в мозг. Мы были реабилитированы и ушли, но гонений было очень много. Вот из таких случаев, когда мне приводили больных в отделение — Пироченко, Кучиток, — собрали всех больных с сосудистыми заболеваниями головного мозга, психозы старческие, сосудистые, гипертонические, Пика, Альцгеймера, и вдруг, тихий час, открывается дверь, приносят на носилках молодую женщину. Вид у нее был страшный, простите меня, страшнее смерти. Я ничего не спросила, не задавала никаких вопросов, открыла дверь процедурной, я за ними, и спрашиваю: «Почему ко мне?» — «Распоряжение главного врача, надо вы́ходить». Прежде чем осмотреть больную, я предложила персоналу обработать ее, у нее были запекшиеся веки, затекший рот, обложенный язык, засохшие менструации, грязная, запущенная. Пять дней в таком состоянии она лежала дома. А случилось это после несчастного случая с ее ребенком. Они в выходной день на машине уехали в Кавголово, мальчик вышел к другу, товарищу в соседний дом, мальчик взял ружье отца. Они всегда играли этим ружьем, но оно было не заряжено, а в этот раз ружье было заряжено — пуля попала в затылочную область. На собственной машине они отвезли мальчика в Ленинград в педиатрический институт, там он на руках у матери скончался, после чего она впала в такое состояние. Она не разговаривала, ни на что не реагировала, рефлексы все были понижены — она находилась между жизнью

и смертью. Когда сделали санитарную обработку, чтобы к ней можно было подойти, выстригли все колтуны, волосы отрасли у нее, осталась молодая, красивая, видная женщина. В общем, я позвонила домой, что не ждите меня. Я пять дней не приходила домой и сидела у постели больной вместе с медицинской сестрой, или в процедурной, или у ее постели. Я с ней беседовала, шепотом, на ухо буквально, говорила то, что в таких случаях надо говорить. Она пищу не глотала, кормление было зондовое, с большой очень осторожностью. В общем, она стала поправляться. Но вместе с ней в 5-ю психиатрическую больницу поступила ее мать, которая заведовала кафедрой иностранных языков в … институте. Мать лежала в 5-й психиатрической больнице, и когда больная немножко пришла в себя, она спросила: «Жива ли моя мать? Она там». Я говорю: «Я сейчас спущусь и позвоню». Говорю, что мать жива, а она мне не верит: « Я вам не поверю, пока вы мне не дадите возможности поговорить с матерью». Я говорю: «Если вы найдете в себе сил, то мы вам поможем спуститься с третьего этажа на первый». И мы ее под руки водили и соединяли с матерью. Почему под руки? Потому что лестничные пролеты. В общем, больная поправилась. После этого она сказала мужу, когда она поправилась, и встал вопрос о выписке, что поедет домой (она жила в Московском районе, в шикарной квартире, это был лучший друг одного директора известного института в Ленинграде, она старший научный сотрудник), она поедет домой лишь только тогда, когда он сменит квартиру и сменит всю мебель, чтобы ничто ей не напоминало, ни игрушки, ни одежда, этого ребенка. У нее был еще один трехлетний мальчик. Муж сделал так и переехал на Охту. И очень долго я с ней переписывалась. То есть писала она мне, я сочла необходимым ей отвечать. Это продолжалось несколько лет, потом переписка наша прекратилась. Более глубоких подробностей я не знаю, я только думаю, что все у нее наладилось. И таких случаев было много, когда мне приводили больных не по профилю — «надо вы́ходить». У меня дома были очень нелицеприятные разговоры, детей оставляла мужу. Муж тоже работал, писал им записки, чем питаться, как быть, проверял уроки, а я сидела здесь, в больнице. Что еще? Я хочу сказать о психоприемнике… нет, что в 1934 году в отделении, где я работала медсестрой, и будучи уже студенткой первого медицинского института, к нам в один прекрасный день поступила больная, которую звали Мария Ивановна. Очень красивая, мне тогда показалось, еще молодая женщина. Она была тогда в такой тревоге, в таком отчаянии, хватала, обнимала нас: «Спасите, девочки, милые! Я случайно оказалась… — а она работала в семье Кирова, — я случайно оказалась свидетелем шепотного разговора, из которого я заключила, что готовится убийство Кирова. Спасите Кирова!» И ее тревога казалась настолько адекватной, что это не бред, я сменилась утром и пошла к главному врачу Успенскому, о моей тревоге о том, что говорит больная, а он мне говорит: «Иди домой! Не твоего ума дело!» Что мне оставалось делать? Я пошла домой. В это же время

в отделении работал доктор Зандер, немец, высокий, полный, чем-то напоминал бюргера, с глубоко сидящими глазами и нахлобученными бровями. И я узнала от персонала, что он занимается психотерапией (музотерапией) больных, методом, мне непонятным, якобы он играл на скрипке. С первого знакомства с ним у меня впечатление осталось не из лучших: такой взгляд нехороший, озлобленный, ну, неприятно было мне с ним разговаривать. Но очень скоро больной не стало в отделении, и не стало этого доктора. Вот этот эпизод. Я никогда не знала, я ничего не знаю. Но такой был факт, и такое у меня было мнение, может быть, оно ошибочное впечатление, может, нет, но я нашла долгом пойти и сказать об этом главному врачу. И такой ответ: «Не твоего ума дело! Иди домой!» — вот что мне было сказано.

— Ну, еще несколько слов о главных врачах…

— Ну, я, по-моему, сказала, Успенский, раньше Шнирман, Добротин… Я о всех, кроме доктора Зандера и доктора Успенского, как-то не могу сказать, что они были очень коммуникабельные. Добротин отличался очень веселым характером, но я очень мало с ним проработала, началась война, и он ушел на фронт, об остальных главных врачах я ничего, кроме хорошего, ничего не могу сказать. Был прекрасный администратор — доктор Ляховицкий, был принципиален, много делал для больницы, но к персоналу относился так, что спрашивали, перед тем как зайти к нему в кабинет, какое у него настроение. И был у меня однажды вот такой случай (я к тому, что жизнь гораздо сложнее, чем законы, чем приказы), — однажды поступил больной, который служил где-то возле границы с Финляндией стрелочником на железной дороге, жили они в будке, и четверо детей, мал мала. Он заболел постинфекционным психозом с нарушением сознания, и он должен был очень скоро излечиться, он подавал все виды на то, что скоро выйдет, и пришла его жена, запуганная, малограмотная, темная такая личность, и просит продлить больничный лист, так как ей нечем кормить детей, дома нет денег, я выписала ей больничный лист. Я говорю: «Я даю вам без пола, но надеюсь, второй раз вы не придете, потому что только дают опекунам больничный лист, а больше не имеем права». И вот когда больничный лист дошел до главного врача, он меня вызвал к себе и там же оказался родственник этих людей, работник завода имени Ворошилова, он встал, назвал меня бюрократкой. «Вы что, не знаете, что нельзя давать больничные листы?!» — «Знаете, Михаил Яковлевич, бюрократ вы, а не я! Этим людям надо дать больничный лист, они второй раз не придут, а я второй раз им не выдам второй больничный лист». В общем, родственник пошел в горздравотдел и буквально на второй или на третий день вышел приказ: ближайшим родственникам выдавать больничные листы. Вот такой был, немножко сухой, от закона он ни шага, законы или приказы, которые можно было делать и не делать, но вот жизнь подсказывает совершенно другие вещи!

— Он перешел из больницы в диспансер работать?

— Он перешел работать в диспансер Ленинского района, сколько-то лет он там работал, я не знаю, я с ним не встречалась ни на конференциях, нигде. Но однажды я была на Невском проспекте и присела отдохнуть в скверике напротив Пушкинского театра, рядом со мной сидел человек, пожилой, и я обратила внимание на газету, и смотрю — крупным планом заголовок «Как кузнечик на скрипке». Я подождала… и попросила разрешения дать мне газетку. В этой статье говорилось о неприглядных… в общем, о Ляховицком, в таком свете его там обрисовали, что я не поверила, не поверила. Не поверила этой статье! Это был какой-то оговор, для меня это было совершенно дико! Странно, почему пропустили эту статью. Я вернула газету, и пришла подавленная домой, вот такая страшная статья о докторе Ляховицком. Как можно написать вот такое, не проверив факты, все такое? Ну, в общем, вскоре он женился на старшей медицинской сестре Халоннен Марии Александровне, у них была дочка, у них была своя семья, жили они хорошо. А потом я узнала о том, что он умер от инфаркта, вскоре после этой публикации в газете.

Ну, а остальное вы прибавите сами.

Все.

Печатается по изданию:

Левина А. С. К истории 2-й психиатрической больницы // Вопросы клиники и лечения психических заболеваний (материалы к юбилейной научной конференции, посвященной 100-летию больницы). — Л., 1965. — С. 8–12.

А. С. ЛЕВИНА

К истории 2-й психиатрической больницы (годы войны и блокады Ленинграда)

(2-я психиатрическая больница Ленгорздравотдела — гл. врач Б. Е. Миронов)

В первые дни войны ушли на фронт более 20% служащих больницы, и список ушедших на защиту Родины все пополнялся и пополнялся. Был призван и главный врач больницы Б. М. Добротин. Оставшиеся работники регулярно выезжали на оборонные работы к больнице им. Фореля, куда приближалась линия фронта.



Разрушения, причиненные 2-й психиатрической больнице бомбежкой

С первых дней войны главным врачом 2-й психиатрической больницы был назначен Т. Я. Хвиливицкий, который руководил ею в самый тяжелый период блокады Ленинграда.

Для правильной расстановки сил в таких сложных условиях требовались большие организаторские способности и отличное знание специфики психиатрической больницы. Проводились регулярные занятия с персоналом по МПВО, изучались правила тушения зажигательных бомб. Был разработан четкий план эвакуации больных при сигнале «Воздушная тревога». Под бомбоубежище приспособили подвалы. Для этого силами больных и персонала были пробиты каменные перемычки толщиной до 1 метра каждая, проведено аккумуляторное освещение, настелен пол.

Восьмого июля 1941 года был издан приказ о светомаскировке больницы. Задача была необычной в условиях психиатрической больницы. Светомаскировка соблюдалась четко, был наложен постоянный контроль. В это тяжелое время больнице удалось создать запас угля, дров, муки.

Третьего августа этого же года в нашу больницу переехала клиника Военно-Морской медицинской академии, которая ранее находилась на базе больницы им. Фореля, ставшей передним краем обороны. В сентябре 1941 года открылись «оперативные» койки, и для работы с этими боль-

ными были откомандированы врачи больницы им. Фореля и института им. В. М. Бехтерева.

Восьмого сентября началась 900-дневная блокада Ленинграда. Все чаще стали звучать сигналы воздушной тревоги, все чаще небо над нашим городом освещалось заревом пожаров. В тяжелых условиях, нередко преодолевая сопротивление больных, работникам больницы приходилось по нескольку раз в день эвакуировать их в бомбоубежище. Безучастными оставались лишь больные шизофренией. Так было каждый день и многие месяцы. Люди изнемогали от усталости. Откуда брались силы — неизвестно, наверное, этой силой был наш долг перед Родиной, больными — эта сила была в нашей совести.

Одиннадцатого и четырнадцатого сентября был массированный налет фашистской авиации на город. На больницу было сброшено большое количество зажигательных бомб. Под артиллерийским огнем, без растерянности и страха бомбы были обезврежены. В тушении зажигательных бомб принимали активное участие все работники больницы.

25-ю годовщину Великой Октябрьской социалистической революции коллектив больницы встретил выполнением социалистических обязательств, направленных на улучшение ухода и обслуживания больных, а также санитарно-гигиенического состояния больницы и объектов с учетом обстановки военного времени. Силами мастерской трудовой терапии был организован пошив теплой одежды для фронтовиков.

В конце декабря 1941 года прекратилась подача электроэнергии. На психиатрических отделениях, переполненных больными, зажигалась одна самодельная коптилка, а для раздачи больным лекарств и пищи зажигали лучины.

В связи с уменьшением суточного пайка больные стали слабеть, не стало отказов от еды, прекратились возбуждения. Стерлись отличительные черты психозов. Резко уменьшилось количество припадков у эпилептиков, совсем исчезли сумеречные состояния сознания, не стало попыток к самоубийству. Состояние адинамии и физической слабости характеризовало большинство больных. Страдали больные и от холода, несмотря на регулярную топку печек-времянок. Температура воздуха в палатах не поднималась выше 5–6°. В таких условиях хирург больницы доктор Б. В. Блок круглосуточно обеспечивал хирургической помощью раненых бойцов. 16 декабря 1941 года снаряд пробил стену одной из палат, но благодаря большой четкости, распорядительности и бесстрашию персонала больные были своевременно эвакуированы, никто не пострадал. Таких примеров необыкновенной стойкости и мужества при выполнении своего долга было много. Когда в январе 1942 года прекратилась подача воды, ее стали носить с Пряжки, а для питья пользовались единственным пожарным краном.

Протокол № 4/46 от 6/II-44 г.
конференции врачей 2ой психиатр. б-цы.
Присутствовали: Глав. вр. д-р Ляховицкий М.Я.
Пом. глав. вр. д-р Котак П.А., д-р Левина А.С.
д-р Панкина В.В., д-р Лавренко Н.С.,
д-р Кубицкая В.В., д-р Романов Л.П. и д-р
Женопресс Н.А. и патолого-анатом д-р
Подсиманина.
Разбор клинических и пат-анатомических
диагнозов.
Были разобраны случ. б-ных
1) Романова, 2) Агрушина М.С. 3) Доцаева
М.А. 4) Ертинг М.И. 5) Ельский Л.Ф.
6) Панков Г.П.
Расхождений не было
Было предложено д-р Кубицкой сообщать
всем врачам на отд. о времени вскры-
тия умерших б-ных, что было поддер-
жано всеми врачами
Председат. [signature]
Секретарь вр. Лаврен...

Протокол № 5/47 от 8/II-44 г.
конференции врачей 2ой псих. б-цы.
Присутствовали: Глав. вр. д-р Ляховицкий
М.Я., пом. глав. врача по мед. части д-р Котак
П.А., д-р Левина А.С., д-р Панкина В.В.,

Протоколы врачебных конференций
2-й психиатрической больницы

Несмотря на все это, в суровые дни зимы 1941–1942 гг. проводились научные конференции врачей.

Голод и холод свалили многих сотрудников. Те же, которые еще держались на ногах, продолжали ходить на работу, преодолевая большие расстояния; шли по обледенелым улицам, спотыкаясь о сугробы, о замерзшие трупы людей, шли под обстрелами, ежедневно и ежечасно рискуя жизнью. Дисциплина была на высоком уровне, не было случая деморализации или ожесточения людей. Нельзя, к сожалению, здесь перечислить всех тех, кто самоотверженно трудился, не оставляя своих постов в это тяжелейшее время, но мы отдаем им должное, называя заведующих отделениями, вра-

чей, старших сестер, работавших в больнице в течение первого года Великой Отечественной войны и блокады Ленинграда.

Вот эти люди: мед. сестры — В.А. Гирстун, Л.Н. Сосина, А.В. Евдокимова, М.А. Янкевич, Е.И. Цветкова, Е.Ф. Римант, А.М. Донкишотова, А.С. Филичкина, А.Ф. Столярова, С.В. Августинович, Е.Ф. Римкус, М.Я. Халонен, Л.М. Успенская, Л.В. Изоитко, А.Я. Лабунская, Л.С. Хоменко, Е. Родионова, Л.К. Гош, А.А. Новикова, Д.Я. Выгодская, Э.И. Тикко; врачи: А.И. Гурлева, Р.Г. Михайлова, З.М. Королева, С.А. Матусова, М.С. Рацкая, Н.И. Борейша, Г.В. Рейтц, Л.П. Романов, Г.И. Блажков, Д.И. Пескер, А.М. Лукина, А.Л. Загрубская, С.А. Хетагурова, Г.Б. Абрамович, А.З. Розенберг, Н.С. Лавренко, Е.С. Авербух, Е.И. Воробьева, С.А. Сакольская, П.Е. Вишневский, Ф.И. Гринштен, Н.Е. Макуева, А.С. Левина, А.И. Айнова, И.Ф. Хвиливицкая, М.Е. Гонтарев, В.В. Панкина, А.В. Драбик, Е.Г. Полевая, А.М. Векслер, В.Д. Козлова, Ф.С. Калиш; начальник штаба МПВО В.М. Эйделькинд, зам. главного врача по АХЧ Я.О. Гофман, инженер Я.М. Эйзен и многие, многие другие.

В феврале 1942 года в больнице было открыто отделение для медицинских работников и педагогов города и Октябрьского района, а также служащих больницы, страдающих алиментарной дистрофией.

В марте 1942 года работники больницы, обессиленные, взялись за лопаты и ломы и вышли на очистку ее территории. И в этом был подвиг, так как, при имеющейся загрязненности, инфекция могла бы сделать то, что не довершила голодная зима. В ночь на 5 апреля на больницу одновременно упали две фугасные бомбы; одна из них на расстоянии 1,5 метра от здания правого крыла. Здание было разрушено, под обломками оказались психически здоровые больные дистрофией, которых удалось спасти, кроме одного. Другая бомба пробила левое крыло, в первом этаже которого помещалась аптека. Возник пожар, погибло 11 человек. В результате бомбежки из 1300 коек 600 вышли из строя. В этот день часть больных была эвакуирована на Приютскую улицу, где был временно развернут филиал больницы им. Фореля. Психически здоровые ушли домой.

24 апреля упала третья бомба, разрушив проходную и дворовую канализацию. Вскоре больные были эвакуированы в 3-ю психиатрическую больницу, а во 2-й осталось лишь 77 нетранспортабельных больных. Некоторый период больницу возглавляла доктор А.И. Гурлева. В больнице осталось лишь 200 коек.

С 20 июня 1942 года главным врачом больницы был назначен М.Я. Ляховицкий. Штат коек был увеличен до 300. После расстановки сил новый главный врач занялся вопросами восстановления и благоустройства. Работниками больницы были вскопаны огороды, посажены овощи, ягодные кусты, яблони, а набережная Пряжки были отведена под индивидуальные огороды для служащих.

В августе 1942 года больница получила электроэнергию и возобновил работу рентгеновский кабинет. В ноябре начались регулярные врачебные конференции.

Изменился состав больных по сравнению с довоенным временем. Женщин поступало больше, чем мужчин, в связи с чем 1 сентября 1942 года было увеличено число женских отделений.

Больница имела коечный фонд:

1-е отделение смешанное	— 52 койки
2-е женское «беспокойное»	— 62 »
3-е женское «спокойное»	— 58 »
4-е мужское «беспокойное»	— 66 »
5-е женское «полубеспокойное»	— 62 »

Большие изменения претерпел состав больных по диагностическим группам. Значительно уменьшился удельный вес эндогенных психозов, прогрессивного паралича. Появились новые для Ленинграда того времени формы психических заболеваний.

Среди лечившихся в 1942 году мы находим:

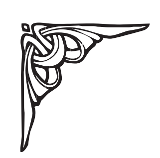
— психоз истощения — 17,7%;
— пеллагрические психозы — 5,5%;
— гипертонический психоз — 4,4%;
— появились психозы в связи с отравлением, от употребления в пищу дикорастущих трав — 4,6%;
— почти отсутствовали алкогольные психозы — 1,4%.

Уменьшилось количество больных-хроников, так как большинство из них было эвакуировано или умерло в период блокады.

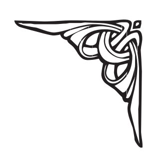
Незабываем день прорыва блокады Ленинграда 18 января 1943 года. Дежурным врачом была сделана следующая запись в журнале: «Во время ночного обхода больные спали, был возбужден персонал».

Всего за период блокады Ленинграда на больницу упало 62 артиллерийских снаряда, 3 фугасных и множество зажигательных бомб. Ущерб исчислялся в 4 836 585 рублей.

Война окончилась, и если победа была завоевана невиданным мужеством всего советского народа, массовым героизмом защитников Ленинграда, то свою скромную лепту в это патриотическое дело внесли и наши замечательные работники.



Анна Михайловна ЛУКИНА



Анна Михайловна Лукина несколько десятилетий проработала во 2-й психиатрической больнице и на кафедре психиатрии 1-го Ленинградского медицинского института. Была одним из наиболее плодотворных в научном плане сотрудников больницы, автором и соавтором многих научных статей. К сожалению, нам не удалось найти ее биографических данных. Данная работа отражает ее интересы как врача и как сотрудника вуза.

Печатается по изданию:
Лукина А. М. К истории 2-й психиатрической больницы как клинической базы // Вопросы клиники и лечения психических заболеваний (материалы к юбилейной научной конференции, посвященной 100-летию больницы). — Л., 1965. — С. 89–92.

А. М. ЛУКИНА

К истории 2-й психиатрической больницы как клинической базы

Историк 2-й психиатрической больницы несомненно отметит ее роль как учебной базы для подготовки юридических кадров. Здесь, в старых, вековой давности стенах бывшей «лечебницы Николая Чудотворца» ряд десятилетий учились студенты-медики 1-го Ленинградского медицинского института, Военно-Медицинской академии, врачи-курсанты Ленинградского ГИДУВа, студенты-юристы Ленинградского университета. Многие из нас, врачей-психиатров, должны и вправе считать эту больницу «благодатной матерью» («Alma mater»).

В давнем 1923 году автор этих строк впервые вошла в мрачное здание с фигурой ангела на фронтоне. Такой была тогда 2-я психиатрическая больница.

Возглавлявший больницу первый «выборный» главный врач ее, доктор медицины Густав Владимирович Рейтц, оставивший по себе добрую память

как широкообразованный, гуманный врач, тепло принимал врачебную молодежь. Его усилиями в больнице было создано ядро высококвалифицированных врачей. Достаточно назвать имена работавших в больнице докторов медицины Эпштейна, Гольцмана, Павловской, Наумова, Пескер…

Педагогическая деятельность — старая традиция больницы.

Еще в дореволюционные годы ученик и сотрудник акад. В. М. Бехтерева, приват-доцент, а в будущем профессор А. Ф. Лазурский проводил здесь клинические занятия со студентами-медиками. Но это не была организационно оформленная, систематически работавшая клиника. Это были эпизодические занятия, эпизодические клинические разборы. Их проводил профессор 1-го Медицинского института, с 1918 года возглавлявший кафедру психиатрии, Петр Александрович Останков.

Вспоминаются судебно-психиатрические экспертизы 20-х годов под его руководством. Вспоминаются «герои» экспертиз: «Адъютант батьки Махно», именовавший себя «Михно», перешедший на сторону Красной Армии, а затем вновь предательски возглавивший антисоветскую банду; некая «Вигонт», задержанная с мужем при попытке перехода государственной границы, у которой в зале суда развился «паралич». Это были сложные экспертизы, демонстрировавшие блестящее мастерство клинического анализа, который проводил П. А. Останков.

А в 1932 году 2-я психиатрическая больница с радушием приняла клинику П. А. Останкова. С ним в коллектив больницы вошли его многолетний сотрудник, опытный невропатолог и психиатр доцент Е. И. Воробьева, ассистенты Н. А. Дубровская, А. А. Зайцев, а вскоре и вновь зачисленные в штат клиники автор этих строк, С. К. Константинович и возглавлявший больницу в предвоенные годы Б. М. Добротин. Так оформилась одна из двух баз клиники (второй являлась больница им. Балинского). С каждым годом расширялся состав клиники, приходили молодые силы, аспиранты, клинические ординаторы, и среди них первая — А. И. Гурлева. А рядом с ними трудились «нештатные» сотрудники.

Врачи, работавшие в то время, помнят оживление, которое внесла в жизнь коллектива больницы развернутая в ней клиника.

Хорошо известно, что в те годы основной интерес проф. П. А. Останкова был сосредоточен на изучении преморбидных особенностей психически больных, их конституциональных особенностей, вопросов классификации. Однако не следует думать, что круг научных исследований сотрудников кафедры ограничивался этой тематикой.

Руководитель клиники, ученый с широким клиническим кругозором, чуждый какого-либо догматизма, не только не стеснял, но всячески поощрял индивидуальную направленность научных интересов каждого сотрудника. Вот почему научные работы сотрудников клиники того времени посвящены не только клинико-психопатологическим, но и патофизиологи-

ческим (И. О. Нарбутович), психологическим (А. М. Лукина, А. Л. Шнирман), биохимическим (Е. И. Воробьева, Д. И. Пескер, А. М. Лукина) исследованиям и новым методам терапии (П. А. Останков, Е. И. Воробьева, А. А. Зайцев, С. К. Константинович, С. И. Коган). Именно поэтому клиника одной из первых пропагандировала малярийную терапию прогрессивного паралича, лечение плацентарной кровью, эндокринными препаратами, малыми дозами инсулина и т. д.

Особого упоминания заслуживают клинические «понедельники». На этих еженедельных конференциях кафедры (поочередно во 2-й психиатрической больнице и в больнице им. Балинского) проводились углубленные клинические разборы больных, обсуждались научные доклады. И хотя заседания проходили в непринужденной обстановке, за чашкой чая, предлагавшейся «тетей Пашей», которую знали многие поколения врачей и студентов, прения зачастую достигали высокого накала. Этим мы были обязаны, несомненно, тому стилю в научных спорах, который сообщал всему коллективу П. А. Останков. Страстный в своих научных исканиях, прямой, нетерпимый ко всякому приспособленчеству, чуждый «равнению на авторитеты», он призывал к этому своих учеников и сотрудников. Вот почему на «понедельниках» собирались не только врачи клиники и 2-й психиатрической больницы, но и работники других городских и загородных учреждений, студенческая молодежь. Здесь нередко можно было встретить профессоров К. И. Поварнина, Н. И. Озерецкого, А. М. Евлахова, М. Я. Брейтмана и других. Пусть на «понедельниках» иногда высказывались ошибочные суждения; пусть иногда развивались крайние взгляды. Господствующим на них было стремление к научной истине, дух добросердечия, дружеского расположения. Именно эти черты и сообщили клинике характер той школы, которую прошли многие психиатры не только Ленинграда. И когда ныне психиатрическая молодежь учится в разных городах Советского Союза у профессоров И. Ф. Случевского, И. О. Нарбутовича, Н. В. Канторовича, А. А. Зайцева, К. Х. Короленко, она должна знать, что ее учителя — питомцы клиники, базировавшейся во 2-й психиатрической больнице.

Как и для всей страны, тяжкими были для клиники годы войны. В эти суровые дни многие сотрудники ушли на фронт, а оставшиеся напрягали все силы, чтобы заменить их. Работа клиники не прекратилась. В необычайных условиях блокады продолжались занятия со студентами; автор этих строк в ноябре 1941 года защищала диссертацию в бомбоубежище, при свете лучин и спичек… А весной 1942 года в чуть лучших условиях защитил диссертацию прибывший с фронта бывший главный врач больницы Б. М. Добротин.

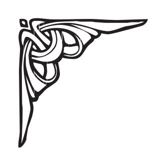
Но и в этих трудных условиях глава клиники и оставшиеся два сотрудника (Е. И. Воробьева и А. М. Лукина) продолжали трудиться вместе с коллективом больницы. Проф. П. А. Останков, человек преклонного возраста,

слабевший с каждым днем, как и тысячи ленинградцев, продолжал ходить в клинику до тех пор, пока сам не был госпитализирован в стационар для «дистрофиков».

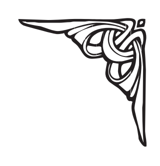
Когда коечный фонд 2-й больницы в результате бомбежек стал сокращаться, а в связи с эвакуацией Медицинского института произошло слияние двух психиатрических клиник, оставшиеся работники клиники перешли на другую базу — в больницу им. Балинского. Прервалась на десять лет тесная связь клиники со 2-й больницей; прервалась дружная совместная работа обоих коллективов, о которой сотрудники клиники всегда вспоминали с теплотой и признательностью.

В 1962 году эта прерванная связь восстановилась: психиатрическая клиника 1-го ЛМИ им. акад. И. П. Павлова вновь вошла в жизнь 2-й психиатрической больницы, но уже с новым руководителем.

Открылась новая страница в истории клиники.



Михаил Яковлевич ЛЯХОВИЦКИЙ (1904–1971)



М. Я. Ляховицкий возглавлял 2-ю психиатрическую больницу в самый тяжелый период ее истории, когда в очередной раз поднимался вопрос о ее закрытии. Здание больницы было частично разрушено, больные эвакуированы, на всю больницу остался один врач с нетранспортабельными больными. Однако М. Я. Ляховицкому удалось больницу сохранить. С верой в предстоящую победу им проводился строгий учет всех разрушений с их оценкой. При восстановлении штата больницы М. Я. Ляховицкий стал активизировать научную и лечебную работу больницы, показывая при этом личный пример.

Печатается по изданию:
Ляховицкий М. Я. Работа городской психиатрической больницы в условиях войны и блокады // Организационно-методические вопросы современной нейропсихиатрии (Советская невропсихиатрия) / Под ред. Е. С. Авербух и В. Н. Мясищева. — 1948. — Вып. VII. — С. 37–43.

М. Я. ЛЯХОВИЦКИЙ

Работа городской психиатрической больницы в условиях войны и блокады

Для анализа особенностей организации работы психиатрической больницы в условиях войны и блокады необходимо остановиться на характеристике больных, прошедших за это время через II психиатрическую больницу Ленинграда.

С это целью в настоящей работе частично использованы разработанные нами материалы 2748 историй болезней больных, поступивших в больницу с 27/VIII 1941 года по 27/I 1944 года (т. е. за 876 дней или почти 29 месяцев неизвестной ранее в истории войн по своей длительности блокады Ленинграда).

Из поступивших 2748 больных мужчины составили 32%, женщины — 68%. Такое соотношение вместо обычных 50% того и другого пола отражало половой состав населения города, в котором большая часть мужчин

была мобилизована, а оставшиеся умирали в большем проценте, чем женщины (что подтверждается в дальнейшем и по нашим наблюдениям).

Период блокады нами разделен на равные отрезки времени, по 4 месяца в каждом, каким образом оказывается 7 периодов, 8-й период составляет 19 дней января 1944 года.

Темп поступления больных и их половой состав представлены в таблице 1.

Таблица 1. Поступления больных по периодам

Календарный срок	Период	В % к общему числу поступлений	% мужчин и женщин
IX–XII/1941	I	22	62/38
I–IV/1942	II	17	53/47
V–VIII/1942	III	20	22/78
IX–XII/1942	IV	13	16/84
I–IV/1943	V	14	18/82
V–VIII/1943	VI	8	28/72
IX–XII/1943	VII	5	30/70
I/1944	VIII	1	46/54

Наибольшее количество поступлений — 59% — отмечено в самые тяжелые месяцы блокады — конец 1941 года и первые 8 месяцев 1942 года.

В первые 8 месяцев блокады мужчины поступают в большем проценте, чем женщины, а затем процент их поступлений быстро снижается с 62 до 16% к концу 1942 года, повышаясь в дальнейшем до 46% к концу блокады.

По возрасту поступающие разделены на следующие группы: до 20 лет — 8%, с 20 до 40 лет — 49%, с 40 до 60 лет — 35% и свыше 60 лет — 8%. Таким образом, более половины поступивших (57%) были в возрасте до 40 лет.

По продолжительности пребывания в больнице (койко-дни) 66,1% всех поступивших пробыли в больнице до трех месяцев, что объясняется большим количеством острых экзогенных форм поступивших.

Первично заболевшие составили 64%, а повторные — 36% всех поступлений, однако среди первично заболевших мужчин было 24%, а женщин — 44%. Это позволяет сделать вывод, что женщины первично заболевали чаще мужчин.

50% всех поступивших за это время выписалось, 13% были переведены в другие больницы, 35% умерло и 2% еще продолжают находиться в больнице.

Высокий процент летальности объясняется тяжестью состояния поступавших больных и общими тяжелыми бытовыми условиями больницы. Летальность по отдельным периодам показана в таблице 2.

Таблица 2. Летальность по отдельным периодам

Периоды	Поступило	Из них умерло	% летальности
I	596	282	49
II	465	291	64
III	541	200	37
IV	345	84	24
V	369	71	20
VI	244	24	10
VII	160	13	8
VIII	28	3	10

Из 1756 женщин умерло 562, т.е. 32%, в то время как из 992 мужчин умерло 406, т.е. 40%.

В таблице 3 представлены данные поступивших по диагнозам.

Таблица 3. Поступления по диагнозам

Диагнозы	1941–1944 гг. (в %)	1944 г. (в %)
Шизофрения	14,40	25,6
Эпилепсия	7,84	8,4
Артериосклеротический и гипертонический психозы	7,55 1,65	3,8
Старческие психозы	5,95	4,9
Сифилитические	2,42	5,9
Инфекционные	2,80	5,9
Алкогольные	1,20	9,4
Наркомании	0,07	0,6
Интоксикационные	3,51	1,7
Маниакально-депрессивный психоз	4,16	5,4
Реактивные психозы	11,15	10,9
Психозы на почве истощения	19,65	–
Пеллагрические психозы	2,67	–
Прочие (олигофрения, эпидемический энцефалит, травматизм, психопатии, послеродовые)	14,98	17,5
Итого	**100%**	**100%**

Таблица 4. Первичные и повторные поступления по некоторым нозологическим группам

Диагнозы	Заболевшие	
	Первично	Повторно
Шизофрения	29	71
Эпилепсия	13	87
Гипертонические психозы	81	9
Сифилитические	25	75
Инфекционные	92	8
Алкогольные	35	65
Интоксикационные	98	2
Маниакально-депрессивный психоз	22	78
Реактивные психозы	20	80
Психозы на почве истощения	94	6
Пеллагрические психозы	99,6	0,4

При сравнении количества поступлений по нозологическим единицам с довоенными данными характерно большее повышение числа экзогенных форм — 31 против 8% довоенных; замечается снижение шизофрении с 25,6 до 14,4%.

Большинство заболевших шизофренией, эпилепсией, сифилитическими, алкогольными психозами и маниакально-депрессивным психозом поступило из числа повторно заболевших (например, шизофреники — 71% повторных, а другие психозы этой группы — до 87%), большинство же заболевших гипертоническим, инфекционным, интоксикационным, реактивными психозами и психозами на почве истощения заболели впервые (от 80 до 99,6% принадлежали к этой группе).

Приведенные данные периода блокады следует дополнить материалами 1944 года, ибо естественно, что в день окончания блокады далеко еще не закончились вызванные ею специфические характерные особенности заболеваний и поступлений. Более того, можно предполагать, что еще длительное время поступления в психиатрические больницы Ленинграда будут сохранять отпечаток пережитого периода.

Следует заметить, что Lunier в работе, опубликованной в Annal. Medico-Psycholog. в 1874 году, детально описывая заболевания и поступления в психиатрические больницы в период франко-прусской войны 1870–1871 гг. и осады Парижа, указывает, что в те годы возникали, главным образом, острые психозы, быстро оканчивавшиеся либо смертью, либо выздоровлением.

«Уменьшение поступлений в лечебницы в военное время и первый послевоенный год, — указывает он, — однако, быстро компенсировалось тем,

что уже в следующем году число поступлений очень резко повысилось общее число поступлений в 1872 году более чем втрое превысило среднегодовое число и таким образом с избытком покрыло дефицит двух предшествовавших лет; в 1873 году число поступлений вошло в нормальные границы». Подобные тенденции мы также наблюдали.

В 1944 году, первом после блокады, изменилось число поступлений мужчин и женщин. Мужчин поступило 45%, женщин — 55%.

По возрасту поступали: до 20 лет — 5% больных, с 20 до 40 лет — 54%, с 40 до 60 лет — 36% и с 60 лет — 5%. Такое нарастание среди заболевших молодых возрастов (до 40 лет — 59%, вместо 57% в период блокады) следует отнести за счет омоложения населения города (вымирания стариков).

Уже не 50%, как в период блокады, а 75% больных, поступивших в 1944 году, выписалось из больницы, 10% переведено в другие больницы, умерло 5% и продолжает находиться в больнице по настоящее время 10%.

Увеличение процента выписки с 50 до 75% и снижение летальности с 35 до 5% следует отнести за счет лучшего физического состояния поступивших, наряду с улучшением постановки лечебно-диагностической работы в больнице.

Специального внимания требует тот факт, что вместо 2% периода блокады в 1944 году уже 10% поступивших осело в больнице в качестве хронических больных.

В таблице 5 представлены данные поступлений 1944 года по диагнозам.

Таблица 5. Поступления по нозологическим группам в 1944 году

Диагнозы	%
Шизофрения	13,0
Эпилепсия	8,5
Артериосклеротические психозы	6,8
Гипертонические психозы	6,1
Старческие	0,8
Сифилитические	2,0
Инфекционные	5,0
Алкогольные	8,4
Наркомании	0,1
Интоксикационные психозы	–
Маниакально-депрессивный психоз	2,2
Реактивные психозы	7,0
Психозы на почве истощения	9,0
Пеллагрические психозы	2,0
Прочие (олигофрения, эпидемический энцефалит, травматизм, психопатии, послеродовые)	28,4

Сравнивая 1944 год с годами блокады, мы по диагностике поступлений можем отметить следующее: с 1,65 до 6,1% возросло количество гипертонических психозов, резко возросло количество алкогольных заболеваний — с 1,20 до 8,40%, увеличилось число маниакально-депрессивных психозов — с 4,16 до 7%. Естественно, что значительно, с 19,65 до 2,0% снизилось число психозов на почве истощения и также уменьшилось количество пеллагрических психозов — с 2,67 до 1%.

Уменьшение числа интоксикационных психозов с 3,5 до 2,2% следует объяснить улучшением условий быта (прекратилось употребление дикорастущих съедобных трав, вместо которых по ошибке часто ели белену; уменьшилось число случаев отравления окисью углерода от самодельных печей-времянок).

Следует отметить рост поступлений травматических психозов с 3,87 до 15% (однако не за счет свежей травмы, а за счет откомиссованных из госпиталей контингентов).

Поступления больных шизофренией продолжали держаться на прежнем уровне, но ниже довоенного.

Характерные особенности поступления больных истекших лет потребовали внесения ряда изменений в организацию психиатрической больницы в описываемых условиях. В силу изменившихся соотношений по полу среди поступавших, больница с середины 1942 до 1945 года работала в составе 4 женских и только одного мужского отделения, а с 1945 года в составе 4 женских и 2 мужских отделений (каждое из них в среднем на 60 коек).

Ввиду того, что 2/3 поступлений были первичными, все отделения были превращены в приемно-диагностические, что, как нам кажется, следует сохранить и на будущее время, ибо разграничение острых и хронических отделений вынуждает часть врачей постоянно работать с задерживающимися в больнице хрониками, и в то же время другие врачи имеют дело только с первично заболевшими больными.

Треть больных нуждалась в сугубом внимании к их соматическому состоянию (о тяжести соматического состояния больных свидетельствует и тот факт, что в 1943 году 25%, а в 1944 году 15% всех поступлений были переведены из соматических больниц).

Приведенная характеристика поступлений потребовала:

1. Введения в штат больницы постоянного терапевта, с назначением его на должность помощника главного врача по медицинской части в целях усиления контроля за соматической диагностикой и терапией.
2. Усиления консультаций хирурга, гинеколога (большое распространение приобрела аменоррея), окулиста (исследование глазного дна в связи с гипертонией), невропатолога (органические изменения при пеллагрозных психозах и вообще пеллагре).
3. Повышения квалификации медицинских сестер и санитарок (научно-практические конференции медицинских сестер с уделением особого

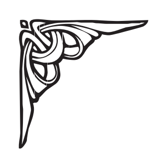
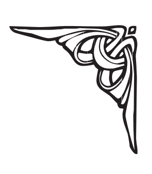
внимания соматическим заболеваниям и ухода за этими больными) и введения медицинского минимума по уходу за соматическими больными («Медицинский минимум в вопросах и ответах», выработанный советом сестер больницы в 1943 году).
4. Санации полости рта у всех больных.
5. Рентгеноскопии грудной клетки всех поступающих больных.
6. Исследования кала на яйца глист всех больных с последующей дегельминтизацией, тщательного наблюдения за состоянием деятельности почек, кроветворных органов, анализов мокроты и т.д. Это привело к расширению деятельности лабораторий и расширению и увеличению числа анализов на одного пользованного больного с 5 в 1943 году до 9,3 в 1944 году.
7. Введения в практику больницы кварцевого облучения из-за большого количества цинготных и авитаминозных больных. В связи с этим — организации своего производства витаминов (хвоя, настойка, дрожжи, разведение ягодного сада).
8. Введения в число элементов активной терапии витаминных препаратов, широко применявшихся в больнице (никотиновая и аскорбиновая кислоты, витамин B1, витамин A).

Следует отметить, что изменение нозологического профиля поступавших больных привело к необычайно большому койко-обороту (89 койко-дней на больного как в 1943, так и 1944 году), что потребовало напряженной работы врачебного коллектива. На увеличение койко-оборота оказали также влияние и сравнительно небольшие размеры больницы (300–600 коек), где главный врач имеет возможность лучше знать состав больных и активно воздействовать на оперативность работы отделений (своевременная выписка, перевод в Дома инвалидов, на пересыльный пункт, эвакуация на родину и т.д.).

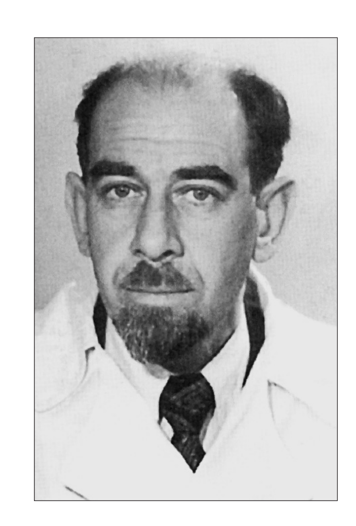
Выводы

1. Центральное местонахождение больницы и условия транспортировки больных (невозможность доставки их в больницы на окраины города) сделали II психиатрическую больницу центром приема психически заболевших в период войны и блокады. Поэтому характеристика поступлений в больницу позволяет судить о всей психической заболеваемости в городе в период 1941–1944 годов.
2. Первично заболевших психозами женщин было относительно больше, чем мужчин.
3. В период блокады в 4 раза против 1940 года выросли экзогенные формы психозов и почти в 2 раза снизились поступления больных шизофренией. В дальнейшем (в 1944 году) в 3,6 раза по сравнению с первым периодом блокады возросло количество гипертонических психозов.

4. Прием поступающих больных во все отделения улучшает качество их обслуживания и организацию отделения.
5. Состав больных периода блокады потребовал значительного усиления лечебно-диагностических мероприятий по соматическому обслуживанию больных.
6. В первый послеблокадный год отмечается тенденция к увеличению оседания хроников в больнице.
7. Высокая летальность периода блокады (с 35% всего периода снизилась до 13,5% в 1943 году и 3,9% в 1944 году против 6% в 1940 году).
8. Летальность среди мужчин была выше, чем среди женщин. Преобладание острых контингентов привело к увеличению койко-оборота. Две трети поступивших пробыли в больнице до трех месяцев.
9. Исходя из установки органов здравоохранения о главном враче больницы как о «главном докторе», в системе его работы и руководства преобладающее место должны занять систематические, по плану, обходы отделений, просмотр историй болезни всех выбывающих из больницы больных, еженедельные научные конференции (кроме каждодневных утренних), регулярные паталогоанатомические конференции, приобретающие особую важность в плане изучения соматики психических больных, систематическое повышение квалификации врачей, сестер и санитарок.

Теодор Яковлевич ХВИЛИВИЦКИЙ (1908–1989), Ирина Федоровна ХВИЛИВИЦКАЯ (1908–1989)

Супруги Теодор Яковлевич Хвиливицкий (1908–1989) и Ирина Федоровна Хвиливицкие (1908–1989), занимавшие заметное место в городской психиатрии, работали в прошлом во 2-й психиатрической больнице.

Ирина Федоровна Хвиливицкая проработала в нашей больнице несколько десятилетий в должностях заведующего отделением и заместителя главного врача по лечебной работе и оставила самые добрые воспоминания у современников.

Теодор Яковлевич Хвиливицкий руководил 2-й психиатрической больницей в самое тяжелое время после начала Великой Отечественной Войны и первые месяцы блокады. Все годы блокады он провел вместе с женой в Ленинграде, занимаясь организацией городской психиатрической службы, руководя различными учреждениями, принимая участие в городских конференциях. Именно поэтому работы супругов Хвиливицких, посвященные психиатрии блокадного Ленинграда, представляют особую ценность и имеют непосредственное отношение к истории больницы св. Николая Чудотворца.

Печатается по изданию:

И. Ф. Хвиливицкая. Лечебная работа во 2-й психиатрической больнице раньше и теперь // Вопросы клиники и лечения психических заболеваний (материалы к юбилейной научной конференции, посвященной 100-летию больницы). — Л., 1965. — С. 89–92.

И. Ф. ХВИЛИВИЦКАЯ

Лечебная работа во 2-й психиатрической больнице раньше и теперь

(2-я психиатрическая больница Ленгорздравотдела, гл. врач Б. Е. Миронов)

Говорить о лечении психически больных во 2-й половине XIX века — задача неблагодарная. В это время, к которому относится вступление в строй психиатрических учреждений и нашей больницы, уже отзвучали идеи и практика «механической психотерапии» с ее центрифугами, беличьими колесами, а также такими «патогенетическими» методами, как рвотное, электропункции, охлаждение головы водяными струями и т. п. Однако в лечебном арсенале психиатрических учреждений сохранялись камзол, обертывание, а также и некоторые разумные формы гидротерапии. Нетрудно заметить, что в те времена приемы лечебного воздействия на больного были тесно связаны с общими условиями содержания больных. Врачебные назначения также были прежде всего направлены на поддержание порядка, поскольку они представляли собой не очень разнообразные, но сильные приемы борьбы с возбуждением больных.

В качестве лечебных средств в больнице св. Николая Чудотворца в отчетах за первые два десятилетия ее существования (1865–1885) фигурируют два «терапевтических» приема — камзол и изолятор.

В 1910 году больница св. Николая Чудотворца была обследована комиссией под председательством замечательного петербургского психиатра Николая Яковлевича Смелова.

В отчете о результатах работы комиссии приводятся данные типа однодневной переписи состояния лечебного дела в больнице.

Оказалось, что из 1136 больных, находившихся на 27/VIII 1910 года в больнице, «получал лекарство только 141 человек. Водные процедуры получали 42 человека».

Специальный раздел комиссии называется «камзолирование». В этом разделе, между прочим, указывается, что помимо «связывания в рубашки с длинными рукавами», больных «привязывают к кровати». В одном из отделений больницы за 123 календарных дня было камзолировано 103 больных, они также были связаны в общей сложности в течение 1307 дней и таким образом в среднем каждый больной провел в камзоле 12,7 дня.

В одном из разделов отчета комиссии — «Изоляция» — сообщается, что в том же отделении с мая по август месяц 74 больных провели в изоляторе в общей сложности 898 суток или в среднем по 12 суток каждый.

В результате лечебной деятельности больницы за 1910 год выздоровело 1,7% больных, у 15,9% больных отмечено улучшение, умерло — 11,2% (все в % к пользованным больным).

Согласно последующим отчетам, спустя несколько лет были начаты специфическое лечение сифилиса и попытки применения малярийной терапии прогрессивного паралича.

Однако длительность пребывания больного на койке была еще очень большой — 153 дня, а летальность — 10,6% к числу пользованных.

Лишь в 1924 году появляются данные, из которых можно почерпнуть некоторые сведения и о лечебной работе больницы. В них мы видим отчетливое отражение общего прогресса психиатрии и смежных с ней дисциплин, который внесли в деятельность больницы принципы советского здравоохранения.

Среди методов лечения мы находим уже не только специфическую и малярийную терапию, но и применение эндокринных препаратов, лечение инъекциями молока. Появляется сознание необходимости широкого применения психотерапии. Однако последняя «не проводилась из-за скученности». Для борьбы с возбуждением все еще применяются сухие конверты. Признаки новизны проявляются и в снабжении больных газетами, настольными играми, в организации театральных представлений. Появляются в зародыше примитивные формы трудовой терапии, показатели лечебной деятельности также улучшаются: в 1924 году 13% больных выздоровели, у 30,2% больных наступило улучшение, 43% было выписано. Средняя длительность пребывания больного на койке уменьшилась до 82 дней, а летальность снизилась до 7,7%.

Следующее десятилетие, которое характеризует отчет за 1934 год, не внесло в лечебную деятельность больницы чего-нибудь существенного и нового. Увеличилось число хроников; ухудшились показатели выписки, средняя длительность пребывания на койке возросла до 117 дней, но летальность продолжает снижаться и падает до 6%.

1944 год был следующим нашим контрольным годом. Отчет этого года отражает весьма резкие сдвиги в лечебной, да и во всей деятельности больницы. Зарождение этих принципиальных изменений относится к середине 1941 года, когда с началом Великой Отечественной войны и мобилизации в больницу пришло много новых молодых врачей, не отягощенных грузом старых психиатрических предрассудков. В это трудное время, когда вся работа больницы перестраивалась на военный лад, больных стали лечить инсулиновыми шоками, изредка применялась судорожная терапия с помощью камфарной смеси.

Введение этих принципиально новых и эффективных методов лечения является важной победой, знаменующей радикальное преодоление пережитков призренческой, созерцательной психиатрии прошлого. Самое любопытное заключается в том, что некоторые противники шоковых методов как негуманных средств лечения, тем не менее, охотно применяли лечение большими дозами серы, вызывали асептические скипидарные абсцессы; было даже предложение вызывать болевой шок переломом ребра.

Во время блокады Ленинграда главной задачей умирающего от голода персонала больницы было сохранить жизнь голодавших больных. Важнейшей обязанностью медиков было предупреждение и лечение авитаминозов и в первую очередь — цинги.

Естественно, что в это время собственно психиатрические методы лечения почти не применялись. В 1942 и 1943 гг. не было никакой нужды в приемах борьбы с возбуждением. Но уже в 1944 году, когда Ленинград был полностью освобожден от блокады, больница снова быстро начинает перестраиваться на собственно психиатрический лад. Наряду с продолжающимся широким применением витаминов, переливания крови, возобновляется судорожное лечение шизофрении и некоторых других психических заболеваний, появляется пиротерапия. Инсулиношоковая терапия еще не могла быть возобновлена в связи с условиями снабжения военного времени и измененной реактивностью ленинградцев, перенесших блокаду. Итоговые показатели лечебной деятельности больницы того времени, конечно, отражают особый состав больных, среди которых совершенно отсутствовали хроники. Однако важно подчеркнуть, что, несмотря на большие и разнообразные трудности, которые все еще переживала больница, несмотря на последствия голода у больных, ее персоналу удалось снизить летальность до 4%. Это была исключительно низкая цифра для того времени.

Следующий показатель десятилетия — 1954 год. Для этого времени показателен нарастающий процент охвата больных активными методами лечения. Он вырос в 1954 году до 18,8%, в то время как в 1944 году активно лечившиеся составляли лишь 8% всех пользованных больных. Продолжала снижаться летальность, достигнув в 1954 году 3,1% к пользованным больным.

Однако, несмотря на энергичное распространение лечебных методов, на всё новые и новые контингенты больных, все же неотвратимо нарастала хронизация. Это выражалось в снижении удельного веса выздоровевших — 20,2% и давших улучшение — 16,1%, число выписавшихся составляло 36,3%, число переводов возросло до 12,3%, увеличилась и средняя длительность пребывания на койке — до 102 дней. Этот период характеризуется расширением культурных мероприятий и трудовой терапии на отделениях. Показатели 1964 года дают представление о последнем десятилетии векового существования нашей больницы. Без преувеличения можно сказать, что это десятилетие потрясло нашу больницу до основания. Почти все это десятилетие шло под знаком коренной перестройки всей деятельности 2-й психиатрической больницы. Конечно, здесь речь идет о тех изменениях, которые связаны с внедрением психотропных препаратов. Мы уже имели случай сообщить о влиянии этих новых средств на деятельность нашей больницы (мы имеем в виду наш доклад и совместную с Б. Е. Мироновым работу). Здесь следует прежде всего подчеркнуть главную организационную особенность психотропной эры вообще и для нашей больницы, в частности. Эта особенность заключается в возможности под-

линно массового применения этих эффективных лекарственных средств. Именно этот охват лечением больших контингентов больных, практически подавляющего большинства всех находящихся в больнице и определяет ту коренную перестройку ее деятельности, которая при этом происходит. Достаточно в связи с этим напомнить, что в 1964 году 89,4% всех пользованных больных лечилось теми или иными средствами, в то время как в самый лучший год «допсихотропного» периода — в 1956 году активными методами лечения было охвачено лишь 22% пользованных больных. Это, конечно, несравнимая с 1910 годом цифра, когда лечебная активность была так выразительно представлена 141 рецептом на 1136 больных и большим числом камзолов. Однако и эта высокая активность 1956 года не только чисто арифметически не идет в сравнение с лечебной работой больницы последних лет. Эта огромная количественная разница вызвала преобразование самих основ больничной организации и повседневного существования больных. Напомним, что по данным произведенного нами в 1964 году переучета, 73,3% или 863 человека из 1131 лечились психотропными средствами в различных сочетаниях, и вместе с 53 больными (4,7%), лечившимися шоковым инсулином, всего активно лечившихся было 916 человек или 78% всех больных. Естественно, что такое количество больных, одновременно подвергающихся лечебным воздействиям, предъявляет новые и особые требования к персоналу всех рангов и званий, всех отделений и служб больницы.

Несомненно, что существенную помощь в лечебно-диагностической работе врачей оказывали базировавшиеся в ней ранее и ныне работающие клиники ГИДУВа и 1-го Медицинского института. Большую и постоянную научно-методическую помощь больница получала от института им. В. М. Бехтерева. В последние годы важной основой для развертывания работы по реадаптации, помимо фармакологической подготовки, стали лечебно-трудовые мастерские, внутриотделенческая трудотерапия и культурная терапия. Начиная с 1964 и особенно в 1965 году в больнице все эти мероприятия стали использоваться более целенаправленно для всемерной социабилизации больных. Они все больше и больше меняют строй жизни больницы. Наши больные — еще недавно гроза скорой помощи, приемных покоев — сливаются с посетителями кино, концертных залов, театральных представлений, музеев. Всё это является ярким выразительным свидетельством успехов терапии, результатом больших коллективных усилий всего персонала нашей старой, но теперь уже совершенно обновленной 2-й психиатрической больницы Ленгорздравотдела, нашей советской больницы, навсегда покончившей с нравами лечебницы св. Николая Чудотворца. И это подлинное чудо сотворили наши замечательные врачи, сестры, санитарки, наши ученые, наше советское здравоохранение, поставившее на службу больному человеку все достижения современной науки.

Печатается по изданию:

Хвиливицкий Т.Я., Хвиливицкая И.Ф. Особенности психической заболеваемости и организации психиатрической помощи в Ленинграде в 1941–1943 гг. // Невро-психические заболевания военного времени / Под ред. проф. В.Н. Мясищева. — Л.: Медгиз., 1945. — С. 66–76.

Т.Я. ХВИЛИВИЦКИЙ, И.Ф. ХВИЛИВИЦКАЯ

Особенности психической заболеваемости и организации психиатрической помощи в Ленинграде в 1941–1943 гг.

Из сектора организационной психиатрии (зав. — Т.Я. Хвиливицкий) института им. В.М. Бехтерева (дир. — В.Н. Мясищев)

С момента, когда началась Великая Отечественная война Советского Союза с гитлеровскими захватчиками, условия жизни в Ленинграде претерпели ряд существенных изменений. Медицинские мероприятия в условиях войны и блокады должны были быть гибко приспособлены к меняющейся военной и медико-санитарной обстановке. Психиатрическая организация, как одна из существенных частей здравоохранения, испытала на себе влияние военной ситуации и должна была найти свое место в системе медико-санитарной службы Ленинграда.

В соответствии с этим деятельность психиатрической сети должна быть разбита на несколько периодов, из которых каждый отличался теми или иными особенностями военной ситуации заболеваемости и проводимых в связи с ними мероприятий.

В течение первых трех месяцев войны, в связи с приближением военных действий непосредственно к городу и выходом из строя некоторых психиатрических больниц и колоний, а также потребностями ПВО, руководители и персонал психиатрических больниц должны были провести ряд серьезных организационных мероприятий по превращению лечебных заведений в гибкие эвакуабельные учреждения. Не входя здесь в подробное описание этой стороны деятельности больниц, укажем лишь, что, наряду с составлением обычных графиков работы персонала, больницы имели расписание постов на случай эвакуации, больные были распределены по эшелонам, и каждый больной получал эвакуационную характеристику, а каждое отделение — свое место в вагоне, автомобиле или убежище. Эвакуация каждого учреждения была распределена по этапам и проводилась в течение 15–20 минут. Эвакуацию в бомбоубежища приходилось проводить

иногда по 5–8 раз и днем и ночью, причем эвакуировалось все население больницы, включая и острых беспокойных больных.

В этот же период времени в связи с военными условиями происходило значительное сужение стационарной психиатрической сети, так как все загородные больницы и колонии вышли из строя. Городские психиатрические больницы переполнялись вследствие значительного увеличения поступления хроников, которых население уже не имело возможности оставлять дома.

Несмотря на это, обстановка требовала выделения оперативных коек и надлежащей организации их работы, что и было реализовано несмотря на то, что этим койкам пришлось трижды менять дислокацию. Почти полное отсутствие повторных поступлений, неуклонный рост возвращаемых в строй воинов Красной Армии, исключительно низкая смертность, наряду со своевременным (не свыше 40 дней) принятием экспертных решений, характеризуют удовлетворительное качество работы.

Работа диспансеров в этот период времени характеризовалась увеличением обращаемости, главным образом по вопросам трудовой экспертизы и экспертизы годности к военной службе, которая в психиатрической части была целиком возложена на невро-психиатрические диспансеры. Существенным разделом работы диспансеров в этот и последующие периоды была консультация в госпиталях, которая целикам осуществлялась работниками гражданской внебольничной психиатрической помощи. Резкому сокращению подверглась уже в первые месяцы войны работа наркоприемника, который вскоре был совсем ликвидирован.

IV квартал 1941 года и I квартал 1942 года были наиболее острыми периодами блокады с частыми бомбардировками и выраженным недоеданием населения. Психиатрическая сеть Ленинграда в этот период времени пострадала тяжело. Достаточно сказать, что II психиатрическая больница в результате неоднократных бомбардировок и обстрелов была на ¾ выведена из строя. Территория Института им. В. М. Бехтерева неоднократно подвергалась воздушной бомбардировке и артиллерийскому обстрелу. То же имело место и в отношении других стационаров. Несмотря на это, благодаря своевременно проведенным мероприятиям по ПВО (подготовка убежищ, разработка эвакопланов, обучение и тренировка персонала и т. п.), потери среди больных и персонала не превысили за все время 1–1,5%.

Большой интерес представляет влияние условий войны и блокады на психическую заболеваемость населения Ленинграда. Особенности заболеваемости в значительной мере определяли специфичность деятельности психиатрической организации Ленинграда, которая протекала на фоне, в общем, однотипных в течение всего периода блокады особенностей военной обстановки.

К сожалению, первый период войны не нашел себе отражения в общегородских статистических материалах, так как систематический учет в этот период времени в городе отсутствовал. Вместе с тем мы можем получить

достаточно убедительную характеристику заболеваемости и этого периода по данным крупной городской II психиатрической больницы, которые нам удалось в те тяжелые времена собрать и сохранить.

Материалами для суждения о динамике и нозологическом профиле заболеваемости 1942 года послужили годовые отчеты психиатрических больниц и диспансеров, которые составлялись за каждый квартал в отдельности. Помимо этого, в ноябре 1942 года мы провели однодневный переучет душевнобольных, состоящих на учете диспансеров и находящихся в стационарных психиатрических учреждениях.

За 1943 год мы располагаем материалами повторно проведенного однодневного переучета, а также данными о динамике поступлений в психиатрические больницы по материалам «карты извещения», которая заполняется в больницах через 14 дней после поступления на каждого нового больного. Все «карты» собираются в секторе организационной психиатрии Института им. В. М. Бехтерева, где ежемесячно разрабатываются в различных разрезах. Помимо этого, в 1943 году мы совместно с сектором организационной психиатрии института систематически собирали поквартальные данные о первичной заболеваемости.

Все эти материалы позволили нам получить достаточно полное представление о влиянии блокады и всей меняющейся ситуации города-фронта на психическую заболеваемость. Однако этим не исчерпывается существенное значение этих данных. Они являются важным подспорьем и в оперативной работе городского психиатра, поскольку дают, например, возможность следить за уровнем диагностической работы различных лечебных учреждений, сравнивать ее качество, оценивать остроту заболевания поступающих в психиатрические больницы больных, участие отдельных диспансеров в госпитализации, получить представление об эффективности лечения и т. п.

Объем настоящего сообщения не позволяет нам во всех деталях осветить и подвергнуть анализу большой и заслуживающий внимания материал, которым мы располагаем. Это будет сделано подробно одним из нас в специальной работе. Здесь же мы сделаем это только в той мере, в какой это необходимо для общей оценки заболеваемости и особенностей деятельности сети.

В дальнейшем изложении мы будем говорить о заболеваемости, используя для ее характеристики данные поступлений в психиатрические больницы, поскольку при чрезвычайно широкой госпитализации и в 1942 и в 1943 гг. эти понятия практически должны быть признаны весьма близкими. Цифры первичной заболеваемости, которыми мы располагаем за 1943 год как по диспансерам, так и по стационарам, также подтверждают это положение.

Первое, что ярко выступает при анализе заболеваемости, — это сдвиги в остроте заболевания поступающих для стационарного лечения больных. Если в течение первых трех месяцев войны нарастает число повторных поступлений, то в дальнейшем из квартала в квартал увеличивается число первично заболевших (табл. 1).

Таблица 1. Соотношение первичных и повторных поступлений (в %)

Больные	Годы				
	1940	1941 (III кв.)	1941 (IV кв.)	1942	1943
Первичные	53,0	22,0	42,0	87,2	69,7
Повторные	47,0	78,0	58,0	12,8	30,3

Анализ приведенных в таблице 1 цифр показывает, что рост повторных поступлений в течение первого полугодия войны связан с поступлением хроников, которых население в это трудное время не могло удерживать дома. Преобладание первичных поступлений над повторными в последующие периоды (1942–1943) связано, как мы увидим из дальнейшего, не столько с ростом первичной заболеваемости как таковой, сколько с чрезвычайно широкой госпитализацией, которая практиковалась в это время в связи с рядом специфических для Ленинграда условий. Это подтверждается, в частности, тем, что из числа первично заболевших в 1943 году было госпитализировано 80%, в то время как, по данным Авербуха и Шпаковского, в мирное время госпитализировалось лишь 44% свежезаболевших и 19% из них было намечено к госпитализации, которая задерживалась из-за отсутствия свободных коек. В Ленинграде в период блокады усиленное стремление больных в стационары не сдерживалось никакими препятствиями, даже для весьма легко протекавших заболеваний, благодаря наличию постоянного резерва свободных коек. Преобладание первичных поступлений зависело также и от уменьшения общего числа хроников — частью эвакуированных, частью умерших.

Таблица 2 подтверждает эти данные, свидетельствующие об обострении состава поступавших во время войны в психиатрические больницы больных.

Таблица 2. Распределение поступивших в психиатрические больницы больных по давности их заболевания (в % к итогу)

Поступило больных с давностью заболевания	1940 г.	1942 г.	1943 г.
До 30 дней	–	39,6	30,0
1–3 месяца	49,5	23,2	21,2
3–6 месяцев	5,0	9,6	10,8
Более 6 месяцев	45,5	27,6	38,0
Неизвестно	–	0,3	–
	100%	100%	100%

Как видно из этой таблицы, около одной трети всех поступлений в 1942 и 1943 гг. составляли больные с давностью заболевания до 30 дней,

в то время как до войны таких больных вовсе не было. Резко сократились во время войны по сравнению с 1940 годом поступления больных с давностью заболевания более 6 месяцев.

Переходя к оценке поступлений по нозологическому профилю, следует прежде всего отметить, что он очень изменчив (хотя, в общем, и можно обнаружить его зависимость от тех или иных условий, связанных с войной и блокадой).

Первый этап войны, до появления тех особенностей жизни населения Ленинграда, которые были связаны с блокадой, характеризуется ростом удельного веса шизофрении, эпилепсии, климактерических и инволюционных психозов, олигофрении (табл. 3).

Таблица 3. Удельный вес некоторых нозологических форм в поступлениях во II психиатрическую больницу (в % к общему числу госпитализированных)

	1940 г.		1941 г.	
	III кв.	IV кв.	III кв.	IV кв.
Шизофрения	27,0	20,0	42.0	33,0
Эпилепсия	9,0	8,0	11,0	9,0
Климактерические и инволюционные психозы	4,0	9.0	8,0	3,0
Олигофрения	2,0	3,0	7,0	1,0
	100%	100%	100%	100%

При анализе данных таблицы 3 нетрудно убедиться, что рост этих форм отнюдь не связан с фактическим ростом заболеваемости. Увеличение поступлений больных именно с этими формами заболеваний подтверждает, что оно связано, как мы уже указывали выше, с переходом в больницы прежде находившихся дома хроников, так как, конечно, нельзя себе представить, чтобы война вызвала рост этих заболеваний, да еще в такой короткий период времени с момента ее возникновения.

Начиная с I квартала 1942 года явно преобладают психозы экзогенной этиологии, которые составляют вместе 19,13% всех поступлений в психиатрические больницы в 1942 году и 28,3% в 1943, в то время как в 1940 году они составляли (без алкогольных психозов) всего 7,5%. Следует при этом отметить, что алкогольные психозы и наркомании практически в 1942 и 1943 гг. исчезли совершенно.

Если проанализировать поквартальные данные поступлений по группе экзогенных психозов за 1942 и 1943 гг., можно и здесь обнаружить определенную динамику в распределении некоторых нозологических форм (табл. 4).

Таблица 4. Поступления в психиатрические больницы по группе экзогенных психозов (в процентах к итогу всех поступлений за квартал)

	1942 г.				1943 г.			
	I кв.	**II кв.**	**III кв.**	**IV кв.**	**I кв.**	**II кв.**	**III кв.**	**IV кв.**
Психозы на почве алиментарной дистрофии	20,9	10,8	13,7	10,6	16,2	9,7	8,4	5,3
Психозы на почве авитаминозов, в том числе пеллагры	1,4	2,6	1,5	5,8	7,7	7,0	7,8	7,0
Психозы в связи с отравлением	2.8	3,0	3,5	4,2	6,6	11,4	5,0	5,6
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Следует отметить, что если в течение 1942 года экзогенные психозы и возникали в виде довольно специфичных картин психозов на почве алиментарной дистрофии (Авербух и Хвиливицкая), то в дальнейшем удельный вес этой группы психозов явно, с небольшими колебаниями, понижается от квартала к кварталу. Вместе с тем возрастает удельный вес психозов, связанных с авитаминозами.

Динамика этих различных по клинической картине заболеваний представляет большой интерес постольку, поскольку она отражает своеобразные особенности питания населения Ленинграда, которые имели место в разные периоды блокады. Остро наступивший в самом конце 1941 года общий дефицит питания дал появление типичных для алиментарной дистрофии психических нарушений. В дальнейшем же на первый план выступили специфические заболевания, связанные в первую очередь с наступившим обеднением организма витаминами.

Следует при этом отметить, что абсолютное число всех этих заболеваний было поразительно небольшим, принимая во внимание темп возникновения и течения дистрофических явлений среди ленинградского населения.

Наряду с психозами на почве авитаминозов повышается удельный вес психозов на почве отравлений. Эта группа кратковременных реверзибельных заболеваний связана как со случайным употреблением в пищу различных дикорастущих трав, корешков и грибов (Одинова), так и, возможно, с одновременным понижением сопротивляемости организма и повышенной чувствительностью к интоксикациям.

Поступления больных с эпилепсией и психозами на почве травматических повреждений мозга обнаруживают известную тенденцию к росту, главным образом, за счет переводов в гражданскую психиатрическую сеть больных с оперативных коек. В 1942 году эпилепсия составляла 6,3% всех

поступлений, в 1943 — 6,5%; травматические психозы соответственно — 2,4 и 4,3%. Однако следует отметить, что рост этот невелик, так как для эпилепсии цифра 1943 года не достигает данных 1940 года (8,4%), а для травматических психозов незначительно их (3,3%) превышает.

Весьма интересны данные, касающиеся поступлений больных с сосудистыми заболеваниями. В 1940 году эти заболевания (включая и гипертонические психозы) составляли 3,8%, в 1942 — 4,9%, а в 1943 — 13% всех поступлений в психиатрические больницы.

Однако число тяжелых случаев сосудистых психозов с летальным исходом в 1940 и в 1943 гг. было совершенно одинаковым, а число выписанных больных с этими психозами в 1943 году оказалось на 60% больше, чем в 1940 году; следовательно, рост числа поступлений в психиатрические больницы с сосудистыми психозами в 1943 году идет главным образом за счет легких, кратковременных реверзибельных заболевших. Рост этот по существу не отражает коечной заболеваемости как таковой и не может быть сравниваем с ее размерами в довоенное время, так как тогда такие легкие больные в психиатрические больницы вообще не поступали.

Преобладание женщин среди заболевших, может быть, следует связать с широким распространением в Ленинграде аменореи и связанным часто с ней реверзибельным повышением кровяного давления, которое приходило обычно к норме вскоре после восстановления менструаций.

Нервно-психические расстройства при этих заболеваниях часто ограничивались неврастеническими явлениями на депрессивном фоне или заострением характерологических особенностей, не обнаруживая явных психотических явлений. Таким образом, полученные цифры фактически не отражают заболеваемости теми тяжелыми, чаще всего необратимыми сосудистыми заболеваниями, которые мы наблюдали в мирное время.

Весьма существенны данные, касающиеся удельного веса психопатий, психогенных реакций и реактивных состояний, которые приводим ниже.

Поступления больных с психопатиями, психоневрозами и реактивными состояниями

Годы	Удельный вес в процентах к общему числу поступлений
1940	18,8
II полугодие 1941	9,0
1942	17,9
1943	19,3

Приведенные цифры достаточно убедительно свидетельствуют о том, что исключительные трудности войны и блокады, выпавшие на долю ле-

нинградцев, тем не менее, не привели к сколько-нибудь выраженному росту удельного веса психогенных заболеваний [1]. Высокое политико-моральное состояние населения Ленинграда, его боевой дух не могли быть благоприятным фоном для развития психогенных заболеваний. Вместе с тем ,значительную роль в том, что их удельный вес оказался меньшим, чем это можно было предполагать, сыграло и постепенное привыкание ленинградцев к опасностям, связанным с блокадой. Значительное уменьшение поступлений больных с этими заболеваниями в течение II полугодия 1941 года должно быть связано с их эвакуацией. Существенным также для этого периода, как мы думаем, являлось и то, что в эти трудные времена реальная необходимость борьбы за жизнь ликвидировала эфемерные способы выхода из трудностей путем бегства в болезнь и т. п., которые так свойственны этим больным в обычное время.

В отношении эндогенных психозов обращает на себя внимание тот факт, что ни значительные сдвиги в соматическом состоянии, ни психогенные влияния существенно не отразились на заболеваемости шизофренией и в большей мере сказались на заболеваемости маниакально-депрессивным психозом, как это показывает сравнение интенсивных показателей первичной заболеваемости 1943 года с данными Авербуха и Шмаковского за 1938 год.

Касаясь общих цифр поступлений в психиатрические больницы (в пересчете на интенсивные показатели), мы обнаруживаем, что они, начиная с IV квартала 1942 года падают (табл. 5 и 6).

Таблица 5. Поступления в психиатрические больницы по кварталам 1942 и 1943 гг. (Пересчет по данным интенсивных показателей. Интенсивный показатель поступлений за 1 квартал 1942 г. взят за 100%, интенсивные показатели каждого последующего квартала даны в отношении к 1 кварталу 1942 г.)

1942 г.				1943 г.			
I	II	III	IV	I	II	III	IV
100	114	171	100	100	114	71	57

[1] При сравнительном анализе этих цифр следует еще иметь в виду, что удельный вес психогенных заболеваний является, по существу, завышенным вследствие расширения во время войны учитываемых контингентов этих больных; связано это с тем, что до войны значительное число больных с пограничными состояниями лечилось в специальных отделениях вне психбольниц и не включалось поэтому в психиатрическую статистику. Во время войны все эти отделения были ликвидированы, и психоневротики стали госпитализироваться в психиатрические больницы и загружать, таким образом, собственно психиатрическую статистику. Вследствие этого приведенные в таблице 5 цифры являются лишь условно сравнимыми с данными 1940 г.

Увеличение поступлений во II и III кварталах 1942 года и во II квартале 1943 года должно, как мы полагаем, рассматриваться как сезонные колебания, связанные в 1942 году с некоторым ростом дизентерийных психозов, а в 1943 — пеллагры.

Весьма важно подчеркнуть то обстоятельство, что общее и значительное снижение поступлений в психиатрические больницы началось с III квартала 1943 года и проявилось в еще более резкой степени в IV квартале. Вместе с тем, именно эти месяцы, как известно, характеризовались особенно ожесточенными, варварскими обстрелами города. Таким образом, снижение психической заболеваемости в этот период времени еще раз подтверждает, что психогенные влияния, которые имели место в Ленинграде в связи с военной ситуацией, не могли сами по себе привести к росту психической заболеваемости среди населения Ленинграда. Резкое общее улучшение соматического состояния ленинградцев, которое ясно определилось в III и IV кварталах 1943 года, сыграло, по-видимому, весьма существенную, а может быть и решающую роль в снижении числа поступлений в психиатрические больницы и в общем уменьшении первичной психической заболеваемости.

Таким образом, оценивая общие особенности психической заболеваемости пережитого периода, следует отметить, что они характеризуются главным образом значительным повышением удельного веса психозов экзогенной этиологии и острых заболеваний как в стационарах, так и диспансерах.

Имея в виду изменчивость и особенности психической заболеваемости, с которыми нам пришлось столкнуться в Ленинграде почти с самого начала войны, мы, с одной стороны, должны были наладить достаточно гибкую и широкую систему учета, с другой — обеспечить высокое качество диагностической и лечебной работы врачей-психиатров, главным образом в области экзогенных психозов.

Реализации первой задачи, как это видно из предыдущего изложения, мы стремились достичь всей той системой учета, которая была организована нами совместно с Горздравотделом. Повышение качества диагностики, а следовательно, и лечения было задачей более трудной, так как ленинградские психиатры имели сравнительно небольшой опыт рабаты с экзогенными психозами в мирное время. Вместе с тем, в наших условиях своевременно и правильно поставленный диагноз становился не только руководством к действию в отношении лечения каждого больного, но и должен был служить иногда исходным пунктом общих оздоровительных мероприятий.

Помимо расширения сведений психиатров в области экзогенных психозов на специальных семинарах, мы старались обеспечить наиболее тесную связь психиатров в их повседневной работе с соматологами. В психиатрических больницах это было достигнуто активным участием терапевтов в диагностической работе врачей-психиатров, в то время как до войны деятельность терапевтов протекала лишь в узких рамках лазаретных отде-

лений психобольниц. Включение терапевтов в штат всех психиатрических больниц, их участие в лечебно-диагностической работе вовлекло психиатров в круг вопросов соматической диагностики и сделало распознавание в психиатрической больнице результатом комплексного соматопсихиатрического изучения больного.

Вовлечение врачей невропсихиатрических диспансеров в область соматики достигалось их систематическим участием в работе соматических больниц и госпиталей. Однако работа районных психиатров в этих учреждениях не была, как прежде, лишь эпизодической. Почти все районные психиатры имели возможность систематического ведения больных с кратковременно и мягко протекавшими соматогенными психозами, которые оставлялись в специально организованных во многих соматических больницах психиатрических палатах. Это мероприятие оказалось полезным и врачам-психиатрам и терапевтам и вместе с тем обеспечило раннюю диагностику психозов в соматических больницах и их надлежащее лечение, избавляя значительное число этих больных от необходимости дополнительной транспортировки в психиатрические больницы.

Организованные формы взаимной связи психиатрии с терапией оказали существенное влияние на перестройку взглядов психиатров в оценке значения соматического звена психиатрии и в известной мере изменили отношение врачей-терапевтов к душевнобольным. Связь между психиатрами и терапевтами обеспечивалась в этот период времени сверху донизу. Она имела место и в деятельности городского психиатра, и Больничного управления Горздравотдела, и научных обществ психиатров и терапевтов, которые систематически взаимно обменивались соответствующей статистической, организационной и научной информацией.

В качестве одного из примеров полезности этого тесного взаимодействия соматалогов и психиатров можно привести результаты их совместной работы над разрешением проблемы ранней диагностики и лечения пеллагры. Этот вопрос возник в связи с нарастанием запущенных случаев пеллагры с психотическими осложнениями. В связи с этим возникла необходимость в более ранней диагностике психотических осложнений у больных в терапевтических отделениях. Совместное совещание главных врачей соматических и психиатрических больниц, на котором было освещено создавшееся положение и на конкретных примерах проанализированы дефекты диагностики и лечения пеллагры, наметило ряд практических мероприятий по их устранению. Вскоре после проведенных по этому поводу совместных совещаний руководителей больниц и врачей с привлечением научных сил произошло спадение волны психотических осложнений при пеллагре и исчезновение несчастных случаев в соматических больницах. Также можно, по-видимому, отнести в известной мере за счет этих мероприятий отсутствие вспышек пеллагрозных психозов весной и летом 1944 года.

В области лечения ленинградские психиатры также широко использовали опыт терапевтов, а последние стали применять в своей практике некоторые средства психиатрического арсенала. Витамины, глюкоза, инсулин, амиталнатрий и др. широко использовались как теми, так и другими, причем показания к применению витаминов расширялись, так как использовалось не только специфическое, но и фармакодинамическое их действие. Широко, своими силами, все стационары изготовляли и профилактически применяли дрожжи.

Для широкого ознакомления врачей города с диагностикой начальных стадий экзогенных психозов, их лечением и организацией надзора и ухода за душевнобольными в соматических стационарах была составлена специальная инструкция, широко распространенная Горздравотделом среди врачей всех специальностей.

Мы могли бы умножить количество этих примеров, но приведенные особенности деятельности ленинградской психиатрической организации в этот период времени не являются чем-то новым и не нуждаются поэтому в специальной аргументации. Мы говорим о них лишь для того, чтобы показать, что своевременное использование нужных для данной обстановки мероприятий дает полезные результаты. Для иллюстрации этого положения мы можем привести некоторые цифры, характеризующие качество деятельности ленинградской психиатрической сети в период блокады.

По стационарной сети резко повысилось количество больных, выписываемых с выздоровлением, улучшением и в светлом промежутке. В 1940 году среди всех выписанных таких больных было 33,9%, а в 1943 — 87%. С полным восстановлением трудоспособности выписано больных в 1943 году 34,1%, а в 1940 — лишь 29%.

Наряду с этим следует отметить значительное прогрессивное снижение летальности, которая в IV квартале 1943 года была меньшей, чем до войны (3,6%).

Доверие населения к внебольничной психиатрической помощи и особенности работы по специфически диспансерным формам обслуживания характеризуются следующими данными:

	1940 г.	**1941 г.**	**1943 г.**	
Соотношение первичных и повторных посещений	1 : 11,0	–	1 : 10,5	
Проведено врачебных посещений на дому	–	4,1	6,8	на 1000 жителей
Из них плановых	–	2,5	4,0	
Проведено посещений на дому средним медицинским персоналом	11,2	–	32,6	

Следует наряду с этим отметить, что участие диспансеров в госпитализации душевнобольных не только не снизилось в связи с опасностью передвижения по городу, но даже несколько возросло. Так, в 1940 году из всех больных, помещенных в психиатрические больницы, 52% были направлены районными психиатрами, в I квартале 1942 — 15%, а в 1943 — таких больных было 55%.

Однако, оценивая пройденный этап, следует отметить, что впереди стоят большие задачи: по восстановлению ленинградской психиатрической сети и по приспособлению ее деятельности к новым требованиям.

Сравнительный анализ данных однодневного переучета душевнобольных 1942 и 1943 гг. показывает, что количество больных, находящихся в больницах свыше года, возросло за 12 месяцев на 12% и достигло к концу 1943 года почти 20%. Эти цифры настоятельно требуют от нас восстановления активной терапии. Наряду с этим следует шире развивать трудовую терапию как в больницах, так и во внебольничной сети. Уже сейчас своевременно начать восстанавливать психиатрическую колонию с разнообразными формами лечебного труда. При этом следует, как мы полагаем, предусмотреть организацию не только лечебно-трудовых колоний, но и специальной колонии для антисоциальных психопатов с воспитательно-трудовым режимом.

Имея в виду затруднения с выпиской больных, которые связаны с длительной занятостью их родственников на работе, следует увеличить время пребывания больных в дневных стационарах за счет расширения в них культурных и других лечебных мероприятий. Может быть, следует подумать об организации в дневных стационарах небольших подсобных хозяйств сельского типа. Первые опыты такого рода уже предприняты.

Анализ данных переучета душевнобольных 1943 года и годовых отчетов больниц свидетельствует о том, что в психиатрические больницы поступает значительное число больных на сравнительно короткие сроки. Так, по данным годовых отчетов больниц за 1943 год, из числа выписанных 30,1% находилось в больницах до одного месяца, 32,4% — от одного до трех месяцев и лишь остальные 34,5% — свыше этого срока. Больные эти — главным образом невротики, психопаты, эпилептики, а также с кратковременно протекающими формами экзогенных психозов. Естественно, что их пребывание в общих отделениях психиатрических больниц является нежелательным.

Поэтому мы и считаем своей ближайшей задачей организацию специализированной помощи этим контингентам. Однако если в отношении организации стационарной помощи невротикам и эпилептикам не возникает особых трудностей, то было бы весьма желательным, чтобы система организации специальных колоний для психопатов, особенно антисоциальных, была продумана уже теперь в централизованном порядке.

Следует признать целиком оправдавшим себя опыт организации психиатрических отделений в крупных соматических больницах. Было бы весьма желательным, чтобы Наркомздрав дал по этому поводу соответствующие указания местным здравотделам.

В отношении психиатрической помощи детям должна быть также развернута система дифференцированных мероприятий. В дополнение к существующему отделению мы должны развернуть отделение для психических заболеваний раннего возраста. Необходимой мы считаем организацию санаториев для детей-психоневротиков и эпилептиков, которые были бы связаны со специальным детским садом, детской площадкой, а может быть и специальным очагом для детей-невротиков. Обеспечиваются психиатрической консультацией и специальные школы Гороно.

Что касается общих задач по всей сети, то в этой области мы считаем необходимым поддерживать в дальнейшем тесную связь психиатров с соматологами, и не только в стационарах, но и во внебольничной сети. Весьма важным в связи с предстоящей работой по обслуживанию инвалидов Отечественной войны мы считаем широкое ознакомление психиатров с современными приемами неврологического и психопатологического исследования и диагностики органических психозов, а также с основными методами психотерапии.

Однако этим не исчерпываются, конечно, мероприятия по оказанию помощи инвалидам Отечественной войны. Мы полагаем, что и в этой области должно руководствоваться принципом дифференциации сети. Так, мы, с одной стороны, организуем санаторное отделение для мягкотекущих форм и остаточных психотических явлений и, с другой стороны — специальное отделение для очаговых психопатологических нарушений со специальными приемами исследования и лечения. Наряду с этим мы считаем совершенно необходимой организацию профилактической помощи работающим инвалидам Отечественной войны. Эта задача нам кажется наиболее важной. Наилучшим видом такой помощи мы считаем ночные санатории, а также санатории с круглосуточным пребыванием. Мы полагаем, что эти учреждения следует развертывать при крупных предприятиях, использующих труд инвалидов Отечественной войны, с административным подчинением их медико-санитарным частям.

Существенную роль в трудовой компенсации инвалидов Отечественной войны должны сыграть дневные стационары, которые являются промежуточным звеном между больницей и инвалидной кооперацией или даже обычным производством.

Ленинградская психиатрическая организация прошла тяжелые испытания в горниле войны и справилась с ними благодаря самоотверженной работе крепко спаянного коллектива своих работников — патриотов Родины, до конца преданных своему делу. Большую роль в разрешении различных

задач, возникавших в этот период перед психиатрической организацией, сыграла плодотворная работа, которая проводилась в Ленинграде психиатрическими клиниками и Институтом им. В. М. Бехтерева еще до войны. Нельзя также в этом отношении не отметить работу Центрального института психиатрии, особенно в области экзогенных психозов.

Ленинградская психиатрическая организация, как и органы здравоохранения вообще, пользовалась все это тяжелое время исключительной помощью партийных и советских организаций города. Ярчайшим контрастом этому отношению к психиатрии в Ленинграде являлись факты тех гнусных проявлений человеконенавистничества, которые творились непосредственно за стенами блокированного города современными выродками — гитлеровскими захватчиками. Навсегда останутся в памяти ленинградских психиатров руины горящей 2-й Психиатрической больницы, разрушенной вражескими обстрелами и бомбежкой ненавистного врага, и вереницы автомашин, увозящих оттуда больных. Навсегда мы запомним развалины жемчужины ленинградской психиатрической сети — больницы им. Кащенко, которую немцы взорвали вместе с сотнями душевнобольных.

Эти гнусные проявления человеконенавистничества современных гуннов рождают ненависть и отвращение, они требуют от нас отдать все силы делу восстановления ленинградской психиатрической сети и дальнейшему улучшению качества ее работы.

Печатается по изданию:

Хвиливицкий Т. Я. Психиатрическая помощь и психоневрологическая наука в осажденном Ленинграде // Современная психиатрия в годы Великой Отечественной войны. Сборник научных трудов. — Л., 1985. — С. 42–57.

Т. Я. ХВИЛИВИЦКИЙ

Психиатрическая помощь и психоневрологическая наука в осажденном Ленинграде

ЛЕНИНГРАД

О героическом подвиге советского народа в Великой Отечественной войне и о беспримерной эпопее обороны Ленинграда написано много ярких запоминающихся страниц. При этом исторические прецеденты (например, осада Перемышля, голодание в лагерях военнопленных во время импери-

алистической войны 1914–1918 гг.) оказываются совершенно недостаточными для понимания того, как жили, работали и воевали жители блокированного Ленинграда. Особый интерес, и далеко не только собственно медицинский, представляет собой характеристика состояния психического здоровья населения осажденного города. Между тем эта сторона медицинского статуса города — психическая заболеваемость, психиатрическая помощь и психоневрологическая наука — представлены немногочисленными статьями и малодоступными изданиями.

Охрану здоровья героических тружеников и воинов Ленинграда обеспечивал относительно небольшой отряд медицинских работников; среди них была и группа психоневрологов. В отличие от терапевтов, хирургов, медиков других специальностей практические врачи-психиатры, отчасти невропатологи встретились в осажденном Ленинграде с заболеваниями-раритетами. Даже известные болезненные формы, протекая в беспрецедентных условиях войны и блокады, приобретали неожиданные черты и особенности. Здесь следует подчеркнуть, что необычность ситуации, складывавшейся в кольце блокады, заключалась прежде всего в ее парадоксальной динамичности. Казалось, что зажатый в тисках блокады огромный город должен медленно вымирать, таков, во всяком случае, был план фашистских человеконенавистников. Однако фактически, и мы это покажем ниже, в течение осады различные вредности весьма подвижно менялись в своей «патогенной иерархии». В начале войны, например, на первый план выступало тревожное переживание «Родина в опасности», ощущение надвигающейся угрозы личному существованию, волнения, связанные с обрывом родственных связей, опасениями за близких; в дальнейшем ожидание опасности актуализировалось и конкретизировалось в форме непосредственных катастрофических переживаний воздушных налетов, гибели близких. Конец осени и ранняя очень холодная зима 1941–1942 гг. принесли ленинградцам новые тяжкие испытания, холод, недоедание, а вскоре и голод, отсутствие освещения, ошеломляющие неожиданно участившиеся артобстрелы. Весна 1942 года характеризовалась медленным улучшением питания; оно, однако, еще не обеспечивало надлежащего повышения биологической стойкости защитников города, а ожесточенные бомбежки и особенно обстрелы усиливали и постоянно поддерживали эмоциональное напряжение ленинградцев. Недифференцированное общее голодание сменилось в 1943 году избирательной недостаточностью и истощением витаминных депо, а психотравмирующие воздействия стали сказываться в «локальной» патологии организма и психики (эндокринной, сосудистой).

Вместе с тем обессиливающему влиянию голода, физических и эмоциональных напряжений на всем протяжении жизни ленинградцев в осаде противостояли высокое чувство долга, самоотверженность патриотов Родины, уверенность в победе нашего правого дела. Эти чувства и мысли

помогали преодолевать неисчислимые испытания голодом, холодом, темнотой, витавшей вокруг каждого смертельной опасностью.

Множественность и динамичность вредностей, их чрезвычайность ставили перед медиками Ленинграда и, может быть, особенно перед психиатрами все новые и новые задачи.

Все это определило одну из кардинальных, наиболее характерных особенностей деятельности медицинской службы вообще и психоневрологической сети в особенности, заключавшуюся в тесном контакте, я бы сказал, неразрывной оперативной связи между организаторами здравоохранения, врачами-практиками и учеными. Такое единство научно-организационной, исследовательской и практической лечебно-диагностической деятельности обеспечивалось врачами сети и многообразной активностью Научно-исследовательского психоневрологического института им. В. М. Бехтерева.

Многопрофильная структура института, его бехтеревские традиции многосторонней клинико-экспериментальной, психоневрологической, нейрохирургической, организационно-методической деятельности подготовили институт к руководящей невропсихиатрической работе в военное время. Беспрецедентные условия медицинской работы в блокированном Ленинграде как нельзя более требовали патриотической мобилизации всех сторон деятельности института. Высококвалифицированные кадры ученых и врачей были выдвинуты руководством института (директор — проф. В. Н. Мясищев, секретарь партбюро — Н. И. Трофимов) на «передовые позиции» психоневрологического «фронта». В институте было 154 психиатрических и 200 неврологических коек, значительную часть которых с самого начала войны и до октября 1945 года занимал госпиталь для воинов с поражениями нервной системы, находившийся в подчинении ФЭПа № 50.

Организационно-методический отдел Института им. В. М. Бехтерева еще в предвоенные годы разработал и апробировал систему психиатрической статистики (И. В. Оссовский), которая в первые месяцы войны после гибели автора была модифицирована и приспособлена к оперативным нуждам (М. Я. Ляховицкий, И. Ф. Хвиливицкая). Потребности руководства различных уровней удовлетворялись «картой извещения первично заболевшего», «извещения о госпитализации», «картой эвакуированного больного», унифицированным поквартальным отчетам диспансера и больницы и т. п. Все эти данные концентрировались в организационно-методическом отделе института и разрабатывались его статистиками (О. Ф. Фаворская). Соответствующие сводки представляли собой важный материал для оценки количественной и качественной динамики заболеваемости и миграции различных социальных групп больных в городе и за его пределы до прекращения железнодорожного сообщения в сентябре 1941 года. Первичные документы учета опирались на квалифицированную диагностику, анализ ученых-консультантов и поэтому полноценно и своевременно отражали

состояние психоневрологической заболеваемости, помощи, определяли необходимые организационные и лечебные мероприятия.

Ниже мы скажем о научных обобщениях, которые обеспечивались на протяжении блокады институтом с активным привлечением вузовских работников и врачей-практиков. Такая связь психиатра-практика и исследователя, осуществлявшаяся фактически непосредственно у постели больного, на утренней планерке или на отделенческой конференции, помогала быстро и полноценно преодолевать различные трудности и проблемы, вновь и вновь представавшие перед работниками психиатрической сети. Естественно, что в этой статье мы сможем коснуться лишь некоторых этапных событий организационной работы и принципиальных проблем клинической психиатрии так, как они возникали для нас и решались в Ленинграде во время Великой Отечественной войны.

В кольце блокады и под ее влиянием динамично перестраивалась жизнь населения, структура и дислокация медицинских, в том числе психиатрических учреждений, общая и психоневрологическая заболеваемость, оперативно-организационная и научно-практическая деятельность медиков вообще и психиатров в частности. Эта динамика и послужила канвой для нашего изложения.

Первые трудности, с которыми встретилась психиатрическая организация Ленинграда, заключались в начавшемся уже в июле и особенно августе 1941 года переполнении коечной сети. Это было связано с увеличением госпитализации психически больных, проживавших до войны в населении. Родственники больных уходили в армию, оставшиеся в Ленинграде широко привлекались к оборонным работам, другие готовились к эвакуации; надлежащее наблюдение и уход за больными становились невозможными. Вместе с тем, уходившие от фашистских орд жители прилегающих областей, прибывая в город, также по уже указанным причинам предпочитали отдавать больных в психиатрические стационары. Наряду с этим, переполнению больниц способствовала и большая потеря коек в стационарах, в том числе остававшихся на территориях, захваченных врагом. Так произошло с больницей им. Кащенко вблизи Гатчины — главный врач М.И. Дуброва и ее помощник по медицинской части В.М. Волочкович были умерщвлены фашистами, а больные безжалостно отравлены; с разрушенной больницей в Хутыни в Новгородской области, психиатрической колонией в пос. Вырица, рядом больниц Леноблздравотдела. Больных удалось эвакуировать в Ленинград лишь из Вырицы (главный врач коммунист С.Д. Мешман). Последней крупной потерей была больница им. Фореля. Времени для всей операции ее передачи военным, т.е. эвакуации и размещения больных, было дано 24 часа. Главврач — коммунист О.П. Смирнова — вместе со своими помощниками и персоналом справились с этой задачей при активном содействии Кировского райкома партии и городских организаций. Эта опе-

рация была осуществлена фактически непосредственно на виду передовых частей вражеских войск, находившихся в этот день 15 сентября 1942 года в 3 километрах от больницы. Самолет-разведчик обстрелял из пулемета погрузку больных и ранил трех санитаров.

Таким образом, в Ленинграде к моменту, когда замкнулось кольцо блокады, функционировала психиатрическая сеть, включавшая больницу им. Балинского — главный врач Т. Н. Ван-Гаут, консультант доцент Н. Н. Дубровская (1 ЛМИ им. Павлова); 2-ю психиатрическую больницу — главный врач Т. Я. Хвиливицкий, консультанты к. м. н. Г. Б. Абрамович, проф. А. З. Розенберг, зав. отд. И. Ф. Хвиливицкая (Институт им. В. М. Бехтерева); 3-ю психиатрическую больницу им. Скворцова-Степанова — главный врач Т. И. Гордеева, затем О. П. Смирнова, Т. И. Николаева, консультант проф. С. С. Мнухин (Педиатрический медицинский институт), заведующие отделениями — к. м. н. П. Е. Вишневский, В. В. Скальская, Л. А. Калинин (ВМА им. Кирова); им. Фореля — главный врач О. П. Смирнова, затем В. О. Гончарик; Институт им. Бехтерева — директор проф. В. Н. Мясищев, главный врач Э. Н. Ганчевская, после ее смертельного ранения — Г. И. Блажков. Одновременно действовало 8 диспансеров: Выборгского р-на — гл. врач Б. Е. Максимов, Ждановского р-на — гл. врач Е. Я. Фратини, Октябрьского р-на — гл. врач Е. Н. Зарубина, Ленинского р-на — гл. врач Т. И. Тупицына, Петроградского р-на — гл. врач Н. А. Дубровская, Свердловского р-на — гл. врач Л. И. Маричева, Смольнинского р-на — гл. врач М. А. Драбкина, а затем И. В. Васильева, Фрунзенского р-на — гл. врач С. Г. Тер-Семенов, а затем Е. И. Полевая.

Осажденный город начал систематически подвергаться авиабомбардировкам и артиллерийскому обстрелу. Многократные и многочасовые налеты требовали повторных эвакуаций в бомбоубежища, и иногда больные сидели (или лежали на носилках) в убежищах часами. Никаких эксцессов при этом зарегистрировано не было, случаев побегов психически больных также не происходило, что для спокойствия населения осажденного города также было очень важно.

В 1942 году по приказу Гитлера возобновились различные «акции» вражеских войск, направленные к подготовке штурма Ленинграда, весьма «поэтически» закодированные как операции «Фойерцаубер» (Волшебный огонь), «Ордлихт» (Северное сияние). В рамках этих и других человеконенавистнических планов гитлеровского вермахта только с апреля по декабрь 1942 года на улицах, в жилых домах, больницах и заводах, в детских учреждениях разорвался 34 761 снаряд. На территорию 2-й психиатрической больницы было сброшено в ночь с 4 на 5 апреля 2,5 т авиабомб (одна из них не взорвалась) и 12 тяжелых снарядов (всего на территории больницы разорвалось 60 снарядов). Разрекламированная операция вермахта «Айсштосс» (Ледяной удар) ознаменовалась большой «военной удачей» —

погибло 11 психически больных женщин и 2 санитарки. Зданию психиатрической больницы был нанесен большой ущерб как самой бомбежкой и обстрелом, так и пожаром. Весь персонал больницы, находившийся на казарменном положении вместе с врачами и учеными, работоспособными больными, выносил больных из палат. Десятки грузовых автомобилей, предоставленных городской организацией ПВО, подходивших к уцелевшему главному входу через каждые 5–6 минут, загружались больными, которых усаживали на разостланные матрацы, укрывали одеялами (было холодно) и отправляли в здание школы, расположенной напротив больницы на противоположном берегу реки Пряжки. Эвакуация проходила согласно заранее составленному плану и лишь иногда прерывалась непредвиденными, но характерными для того времени задержками. Мужество и самоотверженность персонал должен был проявлять не только в борьбе с вызванными гитлеровцами разрушениями, пожарами, травмами. Самоотверженно защищая жизнь и благополучие своих больных, медикам, игнорируя опасности, подчас приходилось вступать в противоборство со спасаемыми, как это было и во 2-й психиатрической больнице, когда цепляющиеся за перила единственной лестницы больные подвергали всю «колонну» угрозе погибнуть под развалинами горящего здания или упорно отказывались сойти с коек, стоявших у отвалившейся стены.

К концу дня 5 апреля все больные были размещены в действующих больницах. Однако практически с этого момента 2-я психиатрическая больница на 1200 коек прекратила свое существование; она превратилась в стационар на 60 коек, в котором можно было содержать лишь спокойных («рабочих») больных без продуктивных симптомов. Вместе с тем в больницах и в населении все еще находилось несколько тысяч больных. Они были контингентом, эвентуально явно опасным для осажденного города. В связи с этим следует напомнить, что весной и летом 1942 года Ленинград продолжал бороться в блокаде, а Гитлер готовил свою армию убийц к «решительному штурму». «Предположено тесно блокировать город и путем обстрела из артиллерии всех калибров и беспрерывной бомбежки с воздуха сровнять его с землей» (с. 119 — из директивы штаба фашистских войск). Военный Совет Ленинградского фронта своим постановлением от 5 июля 1942 года определил максимальную цифру населения, оставляемого в городе, в 800 тысяч человек. Это решение отражало необходимость «превращения Ленинграда в военный город, в котором каждый трудящийся, каждый житель мог сменить станок на винтовку или гранату и противостоять штурмующему врагу». Учтя это, Военный Совет, по представлению Ленгорздравотдела, принял решение об эвакуации из Ленинграда возможно большего числа психически больных с сопровождающим их персоналом. В соответствии с этим указанием за пределы Ленинграда в августе 1942 года было вывезено через Ладожское озеро 1000 психически больных, а в нояб-

ре 1943 — еще 300 больных. (Из приказа гитлеровской ставки Первому воздушному флоту: «Сорвать эвакуацию Ленинграда всеми средствами, особенно воздушными налетами на Ладожский р-н судоходства».) Эвакуация психически больных в таких масштабах вообще является мероприятием, не имеющим аналогов в истории войн. Однако нельзя не подчеркнуть, что совершенно беспрецедентной была «многозвеньевая» организация этого «путешествия». Оно начиналось с посадки больных в грузовые автомобили, с последующей перегрузкой в товарные, специально оборудованные вагоны, подготовленные и ожидавшие автоколонну на станции погрузки (железнодорожная станция Удельная, расположенная рядом с 3-й психиатрической больницей). Этот эшелон, в котором размещались согласно заранее составленным повагонным спискам по 30 больных и 10 человек персонала с семьями и багажом, ночью доставил его «население» на берег Ладожского озера, на станцию Борисова Грива. Здесь в конце ночи и ранним утром больные были переведены на пристань, а оттуда по трапам сходили в самоходные баржи («тендеры»), каждая из которых вмещала по 100 человек — стоя (!). Путешествие через озеро заняло около 2,5 часов и проходило относительно спокойно, если не считать прыжка в воду двух психопатов из одного тендера. Неласковая вода Ладожского озера быстро охладила обоих «пловцов», они охотно уцепились за канат, брошенный им капитаном, и благополучно вернулись на борт, сопровождаемые нелестными «эпитетами» команды. На берегу больные, персонал, семьи снова были размещены по вагонам (теплушкам) в соответствии со списками. Номера каждого больного, нарисованные на кусках белого материала, были пришиты на их спины и, хорошо видные, помогали быстро находить затерявшихся, даже мутичных больных. Специальный вагон с походными кухнями был загружен необходимыми продуктами из скудных ленинградских ресурсов, и весь эшелон с населением в 1300 пассажиров отправился в путь без задержек, во избежание бомбежки. Он благополучно прибыл к местам назначения.

Вторая группа психически больных (300 человек) была вывезена из Ленинграда в ноябре 1943 года с меньшими трудностями, так как к этому времени можно было использовать прямое железнодорожное сообщение через «коридор», пробитый незадолго до этого советскими войсками в кольце блокады. Для эвакуации был использован специальный воинский санитарный поезд.

Обе эти чрезвычайные эвакуации были осуществлены при непосредственной помощи и необходимом личном участии руководителей городских партийных и советских органов. Вспоминая об этих мероприятиях и отношении к нашим больным во время блокады как ярком проявлении советского гуманизма, нельзя не вернуться и к впечатлениям февраля 1944 года. Приехав в Гатчинский район после его освобождения Советской Армией, мы застали психиатрическую больницу в селе Никольском в развалинах.

Детище П. П. Кащенко — одна из самых благоустроенных загородных больниц — была в руинах после взрыва, больных фашистские изверги отравили. Лишь 2 павильона больницы удалось частично уберечь нашим бойцам, так гнавшим немцев, что они не успели подорвать уже заложенные снаряды.

Такова история некоторых организационных мероприятий, осуществленных психиатрической службой Ленинграда во время его осады. Однако надо сказать, что не только условия работы психиатрических учреждений Ленинграда были необычными, но и само содержание врачебной деятельности психиатров в это время резко отличалось от того, с чем приходилось встречаться в мирное время. Эти особенности определялись необычным составом больных диспансеров и стационаров. В условиях блокады каждый первично заболевший психически больной, как правило, госпитализировался: так, в 1938 году в психодиспансерах состояло на учете 48,7%, а в больницах 51,3% первично заболевших, в то время как в 1943 году положение резко изменилось — в диспансерах зарегистрировано лишь 18,3%, а в больницах 81,7% первично заболевших.

Во время ожесточенных боев на дальних подступах к Ленинграду психиатрические учреждения встретились с увеличением потребности в психиатрических койках. В этот период стационары переполнялись преимущественно больными, страдающими шизофренией, климактерическими и инволюционными психозами, олигофренией, эпилепсией. Такая нозологическая структура госпитализируемых контингентов отражала отнюдь не заболеваемость, а лишь резкие изменения в условиях жизни населения.

В течение первого этапа военных действий, т. е. в период лишь начального формирования адаптации населения к условиям войны, можно было ожидать роста госпитализации больных неврозами и психопатиями. Однако этого фактически не произошло: удельный вес поступлений больных психопатиями, неврозами и реактивными состояниями в первом полугодии 1941 года снизился до 9% с 18,8% в 1940 году, а в 1942 и 1943 гг. слегка повысился соответственно до 17,9 и 19,3%. (Уменьшение удельного веса поступлений в течение II полугодия 1941 года, очевидно, связано с выездом этих больных вместе с семьями из Ленинграда.) Полноценный анализ этих и других статистических данных может быть осуществлен только на основе комплексного учета многообразных условий жизни населения и, конечно, не исчерпывается только влиянием вредностей как таковых. Так, парадоксальное снижение удельного веса неврозов и психопатий, несмотря на психотравмирующее влияние военных событий, совершенно очевидно маскировалось массовой эвакуацией населения. Лишь в 1942 году (особенно его вторая половина) и в 1943 году специфические «блокадные вредности» выступили как таковые в противоборстве с надежностью социально-психологической системы «советский человек». И здесь, прежде всего,

выступило влияние беспрецедентного истощения. Сокращение хлебного пайка в ноябре 1941 года рабочим до 250 г, служащим и иждивенцам — до 125 г привело к такому истощению «биологической подсистемы», которое сопровождалось появлением алиментарно-дистрофических психозов. Эти заболевания стали регистрироваться в IV квартале 1941 года, а в I квартале 1942 года составляли 20,9% всех психических заболеваний. Вместе с тем важно подчеркнуть, что уже во II квартале их удельный вес снизился до 10,8%, т. е. уменьшился в два раза почти непосредственно после того, как питание населения улучшилось: норма хлеба увеличилась в декабре 1941 года до 350 г рабочим и по 200 г служащим и иждивенцам, в январе 1942 года соответственно до 400, 300 и 250 г и в феврале — 500, 400, 300 г. Эта благоприятная динамика неуклонно развивалась, несмотря на то, что собственно психическая травматизация резко наросла. Так, в I квартале 1942 года было зарегистрировано 90 бомбардировочных авианалетов, во II квартале — 12. Они часто сопровождались одновременными артобстрелами.

Невропсихическая стойкость защитников Ленинграда в это время проявилась в отсутствии сколько-нибудь адекватного тягчайшей ситуации нарастания психогенной группы заболеваний: удельный вес этих заболеваний колебался в 1942 году от 15% в I квартале до 18,8% в IV квартале (II кв. — 18,8%, III кв. — 17,3%). Лишь в 1943 году удельный вес психогенных болезней достиг 22,4%, когда было зарегистрировано 104 авианалета и 561 артобстрел. Здесь же важно подчеркнуть, что в I квартале 1943 года был отмечен и некоторый рецидив частоты дистрофических заболеваний. Таким образом, в 1942 году характерным было в общем реципрокное соотношение между сомато- и психогенией. Этот своеобразный антагонизм сменяется синергическими отношениями. Очевидно, эти этапные соматопсихические отношения определяются грубостью непосредственно мозговых картин делирия, аменции, терминальной апатии, свойственных монолитно-тяжелым дистрофическим психозам 1942 года.

Этот этап тотальных острых влияний истощения и относительно однообразных картин психопатологических проявлений в конце 1942 года, и особенно в 1943 году, характеризовался облегчением алиментарной недостаточности, и это сказалось в появлении астенических состояний или картинах «гастрономического делирия» («наслаждается едой вкусных и разнообразных блюд») типа делирия занятия, на астеническом фоне возникали картины пуэрильности, детскости суждений и т. п. В этот период блокады проявлялись и другие, резидуальные картины авитаминозов, т. е. своеобразной «локальной» алиментарной недостаточности, последствия одностороннего питания. Например, удельный вес пеллагрозных психозов возрос с 1,4% в I квартале 1942 года до 7,7% в I квартале 1943 года, и у этих больных при нарастании тяжести симптоматики с характером делириозных

или чаще аментивных «непосредственно мозговых» картин они полностью «закрывались» для всего ситуативно-личностного, даже «гастрономические» компоненты уже не фигурировали. Такая же динамика наблюдалась и при некоторых отравлениях (ТЭС, несъедобные растения). Здесь уместно обратить внимание на то, что в общем благоприятная динамика заболеваемости психозами на почве алиментарной дистрофии, сосудистыми психозами, особенно собственно психогениями, отражает действенность мероприятий, которые осуществлялись ленинградской партийной организацией для устранения или во всяком случае смягчения многочисленных и часто неожиданных трудностей, возникавших в жизни населения блокированного города. В связи с этим нельзя не вспомнить, прежде всего, что и в 1941 и особенно в 1942–1943 гг. значительная часть населения осажденного города была привлечена к активному участию в различного рода формированиях (рабочие отряды самообороны, городские подразделения ПВО, общественная служба ПВО домовых хозяйств, комсомольская бытовая помощь и т. п.). Все эти формирования прежде всего представляли собой группы советских людей — защитников Ленинграда, объединенных общей целью, единством убеждений. Высокие идеалы и реальные цели одухотворяли и спаивали людей в монолитные коллективы, самоотверженно и бесстрашно действовавшие в любых самых опасных условиях. Эти люди вместе дежурили, вместе трудились, вместе раскапывали разрушенные дома, тушили на крышах «зажигалки», помогали ослабевшим от голода людям. Члены коллектива часто жили «на казарменном положении», за общим столом питались. В Ленинграде было хорошо известно, как в цех, прекративший работу, в мастерскую или учреждение все же приходили еще передвигавшиеся рабочие и служащие, готовые выполнять «любую работу», чтобы «быть вместе». Вошла в историю инициатива Ленинградского комсомола, выдвинувшего и реализовавшего идею коллективного рационного питания, «теплых уголков» в домах. Здесь, вокруг греющегося кипятильника собирались ослабевшие, часто одинокие люди, слушали живое ободряющее слово политорганизатора — коммуниста или комсомольца, делились новостями, обсуждали сообщения «Совинформбюро», поддерживали друг друга в ожидании прорыва или снятия блокады, радуясь победе под Москвой и другим успехам на фронтах. А какое огромное психологическое значение имело увеличение хлебного пайка, осуществленное 25 декабря 1941 года! Именно понимание того, что не столько калории самой прибавки, а психологическое воздействие, поднимавшее силы уставших и изголодавшихся людей, их взгляд в будущее определил это рискованное решение Военного Совета. А рискованное оно было потому, что Дорога жизни еще не начала уверенно функционировать и запасов муки было в городе очень мало. Но цель — поднятие боевого духа защитников Ленинграда — этой прибавкой была достигнута.

Инициатива Ленинградского комсомола в организации группового рационного питания напомнила и о возможности улучшения положения нервных и психических больных, состоящих на учете районных невропсихиатрических диспансеров. Было решено реализовать летом 1942 года известную идею И. А. Джагарова и организовать на базе лечебно-трудовых мастерских дневные стационары. Это было сделано в Свердловском районе (глав. врач Л. И. Маричева) и при институте им. В. М. Бехтерева (руководитель М. А. Аннеберг). В Петроградском районе Н. А. Дубровская получила для этой цели два этажа малозаселенного дома. Больные в этих стационарах работали, лечились, находились под наблюдением медперсонала с 8 до 17 часов и получали двухразовое горячее питание. Нетрудно себе представить, какую большую роль сыграли эти «психоневрологические оазисы» в сохранении жизни больных, восстановлении их социабельности, предупреждении возможных эксцессов, которые в блокированном военном городе сразу же могли получить совершенно нежелательный социальный отзвук. Родственники этих больных получали возможность спокойно трудиться, защищать свой любимый город.

Мы приводим эти отчасти известные сведения о прошлом Ленинграда и ленинградцев не только потому, что они сами по себе имеют непреходящую историческую ценность для каждого советского человека. Дело в том, что в этих событиях и действиях как никогда ярко проявилось социально-психологическое единство партии и народа. Умение партийных руководителей быть в центре интересов и чаяний людей, живущих и работающих в условиях крайних трудностей, оперативно и действенно откликаться на повседневно возникающие проблемы, имело огромное не только военно-политическое значение, но и психологическое влияние на защитников осажденного города. Это влияние может и должно рассматриваться как действенные формы своеобразной подлинно массовой психической гигиены и психической профилактики. Приведенные выше в кратких выдержках цифровые данные психоневрологической заболеваемости, которые психоневрологическая служба могла собрать и сохранить во время блокады, являются объективными свидетельствами сказанного.

Выше уже сообщались эти данные, но сейчас мы хотим обратить внимание на то, что в блокированном городе со всеми неисчислимыми и невиданными трудностями и опасностями в жизни населения удельный вес поступлений в психиатрические больницы больных с неврозами, психопатиями и реактивными состояниями был в целом в 1943 году лишь на 0,5% выше, чем в 1940 году (19,3 и 18,8 соответственно). По уровню первичной заболеваемости этими нозологическими формами цифра 1943 года (22,4% в % к итогу) лишь в 2 раза превышает показатель 1938 года, который равнялся 11,3 в % к итогу, и в 1945 году эта цифра вновь падает до 19,3 в % к итогу, т. е. до уровня 1938 года.

Могут ли эти цифровые данные роста психогенной заболеваемости, да еще у ослабленного голодом населения, идти в какое-либо сравнение с условиями жизни в городе-крепости, окруженном жестоким врагом, пытавшимся в течение 900 дней и ночей сровнять его с землей, задушить голодом!? Можно с уверенностью сказать, что лишь замечательная по размаху и психологической продуманности организация борьбы за поддержание морального уровня населения, постоянное стремление освободить людей от чрезмерных напряжений или по крайней мере ослабить их сыграли вместе с тем решающую роль и в высокоэффективном уровне профилактики нервно-психических заболеваний. В связи с этим нельзя не напомнить об одной важной исторической детали. Известно, что напряженное ожидание опасности или ее внезапное катастрофическое возникновение — наиболее трудные для психики переживания. Выходя на улицу во время блокады, ленинградец всегда мог неожиданно услышать, а иногда и увидеть разрывы падающих вблизи него артиллерийских снарядов, раненых и погибающих в очаге поражения людей. Вошедшая в историю надпись на стенах домов: «Граждане, при артобстреле эта сторона улицы наиболее ОПАСНА» не только в известной мере реально уменьшала угрозу возможного ранения пешехода, если он перейдет на другую сторону улицы, но и снижала эмоциональное напряжение, устраняя ощущение беззащитности, формируя и поддерживая уверенность в том, что о нем думают, его охраняют. Это же можно сказать и об объявлении по радиосети о начавшемся обстреле района.

Мы уже касались организационной стороны деятельности психоневрологической службы городского отдела здравоохранения Ленгорисполкома, но блокада предъявляла все новые и новые требования к деятельности невропатологов и психиатров. Нужно было научиться распознавать «блокадные» недуги, понимать их патогенез, наладить соответствующий уход за новыми для нас больными, изыскивать эффективные способы лечения… И все это нужно было сделать «на ходу» и в условиях продолжающегося голодания, холода, часто без электрического света.

Решению этих задач помогли ученые-клиницисты, оставшиеся в Ленинграде. Они переселились психологически, а часто и фактически стали жить в психиатрических больницах, неврологических отделениях городских больниц, широко консультировали в поликлиниках и диспансерах.

Резкое преобладание соматогенных заболеваний сблизило не только проблематику психиатров, невропатологов и интернистов, но организационно объединило соматологов и психоневрологов. В соматических больницах были выделены психиатрические палаты, а в больницах им. Мечникова и им. Куйбышева были организованы и успешно работали психиатрические отделения. С другой стороны, «довоенные» консультанты психиатрических больниц превратились в штатных врачей-терапевтов, обеспечивая повседневное ведение наиболее тяжелых соматических больных. Такое же объ-

единение усилий психоневрологов и интернистов происходило и в кабинетах общих поликлиник и диспансеров. Вместе с тем собственно научная «психоневрологическая жизнь» в Ленинграде была нелегка. Появление дистрофических психозов поставило вопрос о патогенетической роли голодания вообще, но вместе с тем и о значении дефицита витаминов. Надо было своевременно заметить появление признаков цинги и дефицита витаминов группы В (явления типа бери-бери, пеллагра). Все это было тем более трудно, потому что типические картины алиментарной дистрофии, авитаминозов, скудно описанные в литературе, были в «блокадной» патологии смазаны, наслаивались друг на друга. Некоторые признаки вовсе отсутствовали, например, пресловутые «три Д» (дерматит, диарея, деменция) как типическое сочетание симптомов при пеллагре были развенчаны очень быстро. При этом любой, так сказать, академический вопрос немедленно приобретал практическое значение. Например, борьба с авитаминозом С и его предупреждение стала общегородской задачей: по рекомендации ученых — терапевтов, биологов — было принято решение о массовом сборе «хвойных лапок» и изготовлении из них витаминного настоя для употребления во всех лечебных учреждениях и точках общепита. В таком же практическом плане разрешался вопрос о диагностике и лечении различных форм и этапов алиментарной дистрофии («сухая кахектическая», отечная форма, преобладание авитаминоза С, В, В2 и т. п.).

Ленинградский городской отдел здравоохранения разработал и опубликовал к исполнению приказ-инструкцию по диагностике и лечению этих форм. Психоневрологический раздел этого приказа был написан учеными института им. В. М. Бехтерева. Требования блокадной действительности были столь велики и постоянны, столь безотлагательно необходимы были ответы ученых, столь значимы и ответственны их рекомендации, что почти всегда они представляли собой коллективное мнение. Для формирования этого мнения, помимо неформальных оперативных групп ученых, действовали больничные клинические конференции, собиравшиеся по возможности не реже одного раза в неделю, и общегородские совещания невропатологов и психиатров. По условиям военного времени организация ежемесячных заседаний общества невропатологов и психиатров была нерациональна (трудности передвижения, обстрелы, бомбежки), и поэтому институтом им. В. М. Бехтерева и Ленинградским научным обществом невропатологов и психиатров созывались лишь ежегодно общегородские конференции. Проблематика этих заседаний диктовалась движением заболеваемости и теми вопросами, которые при этом ставила блокадная действительность. В мае месяце 1942 года невропатологи и психиатры города под эгидой института им. В. М. Бехтерева впервые собрались все вместе после испытаний зимы 1941–1942 гг. Это была и радостная встреча товарищей, и дискуссия специалистов, представлявших коллективы ученых и практиков. Первая встреча была посвящена двум проблемам:

боевой травме нервной системы и алиментарной дистрофии и авитаминозам. В 1943 году 16–17 октября состоялась следующая конференция. В этот раз обсуждению был подвергнут лишь один вопрос: «Нервнопсихические заболевания алиментарно-авитаминозного происхождения». Возвращение к этой проблеме было связано и с появлением протрагированных форм алиментарных психозов с изменением личности, возможностью углубленного исследования симптомов и синдромов как психотических, так и невротических, а также неврологических. В 1942–1943 гг. отдельные симптомы и синдромы стали выступать как бы более изолированно, отчетливо по сравнению с наиболее острыми и массивными проявлениями истощения, характерными для зимы 1941–1942 гг.

Наконец, в 1944 году 1 октября ленинградские невропатологи и психиатры собрались для того, чтобы выяснить особенности нервнопсихической патологии при артериальной (блокадной) гипертонии. Здесь, как видим, практика поставила перед учеными еще более узкую, частную проблему, но весьма значительную в социально-психологическом плане. Опыт различных клиник, функционировавших в блокадном Ленинграде, дискуссии, в общем, показали, что алиментарное истощение, дистрофия дают весьма своеобразные картины, отличные, например, от психопатологических и неврологических проявлений, свойственных пеллагре или острым отравлениям. Важно также подчеркнуть своеобразие исходов острых симптоматических психозов, наблюдавшихся в относительно отдаленном периоде. Такого типа исходы вовсе не описывались Бонгефером (астено-деперсонализационные картины) и представляют собой характерный этап (исход) экзогенных психозов множественной этиологии.

Два обстоятельства хочется подчеркнуть, оценивая особенности заболеваемости времени войны и блокады Ленинграда. Первое, что обращает на себя внимание,— это динамика, изменение симптоматических картин экзогенных психозов. Наиболее тяжелый этап блокады вызвал появление и бурный рост алиментарных дистрофических психозов в первом квартале 1942 года. По мере улучшения питания ленинградцев удельный вес (и первичная заболеваемость) этих психозов в течение всего 1943 года падал при одновременном неуклонном нарастании удельного веса пеллагрозных психозов и других авитаминозов, а также интоксикационных психозов. Эта динамика была уловлена ленинградскими психиатрами и невропатологами. Такая тонкая диагностика стала возможной благодаря тому, что советские психиатры еще в мирное время освободились от гипноза концепции Бонгефера. В основных положениях этой концепции были справедливо усмотрены метафизичность, попытка разорвать причину и следствие (этиологию и проявления болезни). Практическое значение этой адекватной диагностики нельзя переоценить, поскольку именно соответствующее лечение авитаминозов помогло спасти много жизней. Умение отличить по картинам болезни психозы, вызванные употреблением в пищу

несъедобных растений, позволило предпринять ряд действенных профилактических мер.

В это же время можно было выделить не только психотические, но и неврологические картины, связанные с артериальной гипертензией (так называемой ленинградской гипертонией). Такие сосудистые заболевания стали нарастать еще в 1942 году, наиболее заметно в четвертом квартале. Этот рост продолжался и в 1943 году, сохраняясь в известной мере и в 1945. В I квартале 1942 года — 5%, в I квартале 1943 — 10,5% по удельному весу среди всех психозов.

Во время войны и блокады делирии у этих больных наблюдались гораздо чаще, чем до и после войны. «Сосудистые» делирии блокадного периода были более сложными, целостными психопатологическими образованиями и часто приближались к тому, что именуют делирием занятия. В свете современных наших взглядов можно думать, что такие, относительно обыденные, сложно-целостные делириозные переживания говорят о слабой выраженности непосредственно-мозговых симптомов и важном месте, которое занимает личностное в структуре «блокадных» делириев. Этот взгляд подтверждается и статистикой того времени. Так, в 1940 году выписалось из числа поступивших 66,6%, в 1942 — 75%, в 1943 — 69%, в 1944 — 74%. Летальность в эти же годы значительно уступает 1940 году — 41,8%, в 1942 — 65%, в 1943 — 32%, в 1944 — 23% по отношению к поступившим.

Описания преобразований картин и течения экзогенных психозов в различные периоды блокады и войны (теперь мы сказали бы — их патоморфоз) были бы неполными, если не остановиться на «поздних психозах на почве алиментарного истощения», выделенных Г. Б. Абрамовичем. Эти полиморфные этиологически и клинико-психопатологически заболевания, появившиеся в конце блокады, отражают ее характерные отдаленные последствия, их архитектоника имеет принципиальное значение и для современности.

Тесная связь психиатров с невропатологами, а также биохимиками, другими соматологами помогала в решении трудных и спорных диагностических проблем, в разграничении экзогенных психозов.

А. А. Валентинович (институт им. В. М. Бехтерева) на секционном материале показал, что риск появления дистрофического психоза был значительно больше у переносивших кахектическую форму дистрофии. Это указание было использовано в профилактических целях.

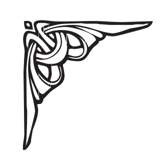
Говоря о научной жизни невропатологов и психиатров во время блокады, нельзя не вспомнить о главных программных докладах и направлениях дискуссий. Первоначальные наблюдения (последнее полугодие 1941 и первое 1942 года) касались традиционно военных проблем: военной травмы и ее лечения. Однако в это время появилась принципиально совершенно новая задача — психозы на почве алиментарной дистрофии. Мы говорим «принципиально новая» потому, что прежде всего решался вопрос, являются ли эти заболевания нозологически самостоятельной единицей, «пря-

мым следствием истощения» или они есть «результат условий, осложняющих или отягчающих истощение». В. Н. Мясищев склонялся ко второй точке зрения, которая вызывала возражения психиатров, представивших клинический опыт и теоретические обоснования, позволявшие выделять дистрофические психозы с присущей им этиологией и клиникой (Р. Я. Голант).

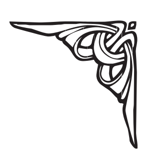
Другой проблемой, дискутировавшейся в период блокады и близкие после нее годы, были психогении, их отношение к соматогениям. В высказываниях психиатров того времени и теперь, в отдаленной перспективе, мы видим, что психические воздействия и их отражение в симптоматике психоза или невроза были почти обязательным компонентом, особенно на отдаленных, «смягченных» этапах заболевания (психозы истощения, травмы, сосудистые заболевания). Эти «психические вредности» могли представлять собой то шокового типа воздействия, дававшие грубые экзогенные картины, или они выступали в характерном для себя содержательном виде в структуре психоза или невроза в условиях ослабления соматогенной или собственно церебральной (травмы черепа) симптоматики. Было признано, что такие сочетания и являются характерной, если не специфической, особенностью заболеваний блокадного времени.

Однако тут же нельзя не отметить еще одной примечательной особенности психических и пограничных заболеваний блокадного времени. Несмотря на холод, голод, истощение, авитаминозы (А, В1, В2, С), психические вредности, церебральные и иные травмы, сами психозы и пограничные заболевания лишь иногда принимали затяжное течение и очень редко давали резидуальные состояния.

Люди, пережившие совершенно исключительные тяготы и невзгоды блокады, потрясающие страхи многократных неожиданных и длительных обстрелов, бомбежек с воздуха, потерю близких, эти люди — ленинградцы — в первые месяцы после снятия блокады стали восстанавливать свой город, его уникальную промышленность, науку.



Приложения



Главные врачи психиатрической больницы св. Николая Чудотворца (2-й психиатрической больницы)[1]

1.	Дюков Петр Андреевич	(1865–1881)
2.	Чечотт Оттон Антонович	(1881–1901)
3.	Реформатский Николай Николаевич	(1901–1910)
4.	Охочинский Константин Владимирович	(1910–1916)
5.	Финкильштейн Лев Иосифович (и. д.)	(1916–1917)
6.	Трошин Григорий Яковлевич	(1917–1918)
7.	Рейтц Густав Владимирович	(1918–1930)
8.	Успенский Николай Дмитриевич	(1930–1933)
9.	Шнирман Александр Львович	(1933–1938)
10.	Добротин Борис Михайлович	(1938–1941)
11.	Хвиливицкий Теодор Яковлевич	(1941–1942)
12.	Ляховицкий Михаил Яковлевич	(1942–1952)
13.	Федорова Ольга Васильевна	(1952–1954)
14.	Николаева Татьяна Ивановна	(1954–1963)
15.	Миронов Борис Евгеньевич	(1963–1976)
16.	Деньчук Леонид Адамович	(1977–1984)
17.	Зайцев Арнольд Петрович	(1984–1988)
18.	Александров Борис Алексеевич	(1988–1992)
19.	Свистун Сергей Яковлевич	(с 1992 года)

[1] В скобках указаны годы руководства больницей.

Попечители психиатрической больницы св. Николая Чудотворца в дореволюционный период [2,3]

1.	Котен Казимир Густавович (Евстафьевич)	(1807–1880)
2.	Ордин Кесарь Филипович	(1835–1892)
3.	Боткин Михаил Петрович	(1839–1914)
4.	Головин Владимир Евгеньевич	(1847–?)
5.	Оношкевич-Яцына Иосиф Феликсович	(1851–?)
6.	Бари Александр Эдуардович (Адольф Эдуардович)	(1870–1937)
7.	Сабанин Владимир Васильевич	(1853–1907)
8.	Гулин Сергей Павлович	(?)
9.	Пузырев Николай Александрович	(?)
10.	Блуменау Леонид Васильевич	(1862–1931)
11.	Горбов Михаил Михайлович	(?)

Консультанты психиатрической больницы св. Николая Чудотворца (2-й психиатрической больницы) [4]

1.	Рюль Иван Федорович	*лейб-медик, доктор медицины, действительный тайный советник*	(1768–1846)
2.	Герцог Федор Иванович	*доктор медицины, статский советник*	(1785–1853)
3.	Арендт Николай Федорович	*лейб-медик, доктор медицины, тайный советник*	(1785–1859)
4.	Малиновский Павел Петрович	*старший ординатор отделения для душевнобольных Обуховской больницы*	(1818–1855)

---

[2] Перечень не полный. Указаны лишь известные нам попечители.

[3] В скобках указаны годы жизни попечителей.

[4] Последовательность консультантов определена годами их рождения, т. к. точные годы, когда они являлись консультантами, установить в большинстве случаев сложно.

5.	Балинский Иван Михайлович	*профессор, доктор медицины, действительный тайный советник*	(1827–1902)
6.	Шульц Александр Васильевич	*доктор медицины, член физиката, действительный статский советник*	(1831–1896)
7.	Дюков Петр Андреевич	*доктор медицины, старший врач клиники нервных и душевных болезней, действительный статский советник*	(1834–1889)
8.	Мержеевский Иван Павлович	*профессор, доктор медицины, тайный советник*	(1838–1908)
9.	Павлов Иван Петрович	*академик, профессор, доктор медицины*	(1849–1936)
10.	Бехтерев Владимир Михайлович	*академик, профессор, доктор медицины, действительный тайный советник*	(1857–1927)
11.	Блуменау Леонид Васильевич	*профессор, доктор медицины*	(1862–1931)
12.	Мендельсон Александр Леонтьевич	*доцент, доктор медицины, кандидат медицинских наук*	(1865–1940)
13.	Останков Петр Александрович	*профессор, доктор медицины, доктор медицинских наук*	(1867–1949)
14.	Бари Александр Эдуардович	*доктор медицины, действительный статский советник*	(1870–1937)
15.	Осипов Виктор Петрович	*профессор, доктор медицины, доктор медицинских наук*	(1871–1947)
16.	Гервер Александр Владимирович	*профессор, доктор медицины, доктор медицинских наук*	(1873–1939)
17.	Лазурский Александр Федорович	*профессор, доктор медицины*	(1874–1917)
18.	Брейтман Михаил Яковлевич	*профессор, доктор медицины, доктор медицинских наук*	(1876–1962)
19.	Поварнин Константин Иннокентьевич	*профессор, доктор медицины, доктор медицинских наук*	(1877–1963)

20.	Евлахов Александр Михайлович	*профессор, доктор филологических наук, доктор медицинских наук*	(1880–1966)
21.	Воробьева Евгения Ивановна	*доцент, кандидат медицинских наук*	(1880–?)
22.	Ленц Александр Карлович	*профессор, доктор медицины, доктор медицинских наук*	(1882–1952)
23.	Серафимов Борис Николаевич	*профессор, доктор медицины, доктор медицинских наук*	(1887–1957)
24.	Шапиро Ханна Изковна	*профессор, доктор медицинских наук*	(1891–?)
25.	Третьяков Константин Николаевич	*профессор, доктор медицины, доктор медицинских наук*	(1892–1956)
26.	Озерецкий Николай Иванович	*академик АМН СССР, профессор, доктор медицинских наук*	(1893–1955)
27.	Розенберг Александр Захарович	*профессор, доктор медицинских наук*	(1895–1957)
28.	Поворинский Юрий Андреевич	*профессор, доктор медицинских наук*	(1895–1965)
29.	Чистович Андрей Сергеевич	*профессор, доктор медицинских наук*	(1897–1980)
30.	Галкин Всеволод Семенович	*профессор, доктор медицинских наук*	(1898–1957)
31.	Тимофеев Николай Николаевич	*профессор, доктор медицинских наук*	(1898–1978)
32.	Озерецковский Дмитрий Сергеевич	*профессор, доктор медицинских наук*	(1899–1996)
33.	Авербух Ефим Соломонович	*профессор, доктор медицинских наук*	(1900–1985)
34.	Канторович Николай Витальевич	*профессор, доктор медицинских наук*	(1901–1969)
35.	Кашкаров Иван Ефимович	*профессор, доктор медицинских наук*	(1900–1964)

36.	Абрамович Григорий Борисович	*профессор, доктор медицинских наук*	(1901–1971)
37.	Нарбутович Иван Осипович	*профессор, доктор медицинских наук*	(1902–1977?)
38.	Зеневич Георгий Викторович	*профессор, доктор медицинских наук*	(1902–1989)
39.	Случевский Измаил Федорович	*профессор, доктор медицинских наук*	(1903–1966)
40.	Эпштейн Абрам Львович	*профессор, доктор медицинских наук*	(1904–1966)
41.	Коган Савва Израилевич	*доцент, кандидат медицинских наук*	(1904–1979)
42.	Меерович Рафаил Иосифович	*профессор, доктор медицинских наук*	(1905–1948)
43.	Короленок, Константин Харитонович	*профессор, доктор медицинских наук*	(1906–1971)
44.	Хвиливицкий Теодор Яковлевич	*профессор, доктор медицинских наук*	(1908–1989)
45.	Иванов, Евгений Сергеевич	*профессор, доктор медицинских наук*	(род. 1918)
46.	Мучник Лев Сергеевич	*доцент, кандидат медицинских наук*	(1923–1990)
47.	Лебедев Борис Алексеевич	*профессор, доктор медицинских наук*	(1925–1992)
48.	Подлевский Алексей Федорович	*профессор, доктор медицинских наук*	(г. р. 1927)
49.	Нуллер Юрий Львович	*профессор, доктор медицинских наук*	(1929–2003)
50.	Каубиш Владимир Константинович	*профессор, доктор медицинских наук*	(г. р. 1930)
51.	Случевский Федор Измайлович	*профессор, доктор медицинских наук*	(1931–1993)
52.	Смирнов Виктор Ксенофонтович	*профессор, доктор медицинских наук*	(1933–2006)

53. Ефремов Владимир Сергеевич	*доцент, кандидат медицинских наук*	(г. р. 1938)
54. Гнездилов Андрей Владимирович	*профессор, доктор медицинских наук*	(г. р. 1940)
55. Точилов Владимир Антонович	*профессор, доктор медицинских наук*	(г. р. 1948)
56. Снедков Евгений Владимирович	*профессор, доктор медицинских наук*	(г. р. 1953)

Кафедры, работавшие на базе психиатрической больницы св. Николая Чудотворца[5]

1. Кафедра учения о нервных болезнях и болезнях, сопряженных с расстройством умственных способностей, Императорской Медико-Хирургической академии (Императорской Военно-Медицинской академии)

   Балинский Иван Михайлович
   Дюков Петр Андреевич
   Мержеевский Иван Павлович
   Бехтерев Владимир Михайлович

2. Кафедра психиатрии Психоневрологического института (медицинского факультета Частного Петроградского университета, медицинского факультета 2-го Петроградского университета, Государственного Института медицинских знаний)

   Бехтерев Владимир Михайлович
   Голант Раиса Яковлевна
   Меерович Рафаил Иосифович
   Абрамович Григорий Борисович

3. Курс психиатрии Женского медицинского института

   Бехтерев Владимир Михайлович
   Лазурский Александр Федорович

[5] Перечень не полный, указаны лишь основные кафедры, работавшие на базе больницы в течение длительного времени, и их ведущие сотрудники.

4. Кафедра психиатрии Ленинградского государственного института для усовершенствования врачей (кафедра располагалась на базе больницы и имела собственную клинику с 1923 по 1938 год)

    Поварнин Константин Иннокентьевич
    Мендельсон Александр Леонтьевич

5. Кафедра патологической физиологии с курсом нейрохирургии Военно-Морской медицинской академии

    Галкин Всеволод Семенович

6. Кафедра психиатрии Военно-Морской медицинской академии

    Ленц Александр Карлович

7. Кафедра психиатрии 1-го Ленинградского медицинского института (кафедра располагалась на базе больницы и имела собственную клинику с 1932 по 1942 год; располагалась на базе больницы, не имея клиники, с 1952 по 1971 год)

    Останков Петр Александрович
    Озерецкий Николай Иванович
    Коган Савва Израилевич
    Кашкаров Иван Ефимович
    Ефимович Николай Георгиевич
    Озерецковский Дмитрий Сергеевич
    Смирнов Виктор Ксенофонтович
    Лебедев Борис Алексеевич

8. Кафедра психопатологии и логопедии дефектологического факультета (в настоящее время факультета коррекционной педагогики) Ленинградского педагогического института им. А. И. Герцена (в настоящее время РГПУ им. А. И. Герцена)

    Иванов Евгений Сергеевич
    Демьянов Юрий Генрихович (доцент кафедры, вел занятия на базе больницы)

9. Кафедра психиатрии Ленинградского санитарно-гигиенического медицинского института (Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И. И. Мечникова, Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова). Кафедра располагается на базе больницы с 1976 года по настоящее время.

    Случевский Федор Измаилович
    Гнездилов Андрей Владимирович
    Ефремов Владимир Сергеевич
    Точилов Владимир Антонович
    Снедков Евгений Владимирович

Архитекторы, которые занимались постройкой и приспособлением здания для нужд больницы [6,7]

1. **Шарлемань-Боде 2-й Людовик Иванович (1784 (1788?)–1845) — архитектор Гоф-интендантской конторы.**
   - *Вклад*: проектирование, постройка здания и дальнейшее его приспособление для Исправительного заведения (1832–1839).
   - *Наиболее известные работы*:
     — решетка Летнего сада (1826),
     — Чайный домик в Летнем саду (1827),
     — фигурные чугунные пьедесталы для ваз и скульптур на пристанях Адмиралтейской набережной (1832),
     — Исправительное заведение (1839),
     — Калинкинская больница (1833),
     — Александровский Императорский лицей (1834).

2. **Плавов Петр Сергеевич (1794–1864) — академик архитектуры, главный архитектор Ведомства учреждений Императрицы Марии.**
   - *Вклад*: приспособление помещений Исправительного заведения для «особых покоев для подвергаемых освидетельствованию в Губернском правлении» (1842), приспособление помещений для отделения на 25 умалишенных арестантов (1852).
   - *Наиболее известные работы*:
     — женское отделение Обуховской больницы (1839),
     — Воспитательный дом (1843),
     — корпуса больницы «Всех Скорбящих» (1850),
     — Императорское училище глухонемых (1847),
     — здание Опекунского совета Воспитательного дома (1810).

3. **Варнек Иван Александрович (1819–1877) — академик архитектуры, главный архитектор Ведомства учреждений Императрицы Марии.**
   - *Вклад*: приспособление здания для временной лечебницы для умалишенных при Исправительном заведении (1864–1866).

[6] К сожалению, нам неизвестны имена архитекторов, занимавшихся перестройкой здания после революции и его восстановлением после разрушения в годы Великой Отечественной войны.

[7] В скобках указаны годы жизни архитекторов.

- *Наиболее известные работы*:
  - — здание общежития Женского медицинского института (1868),
  - — перестройка Волковской Александровской богадельни (1868),
  - — часовня апостолов Петра и Павла при Петропавловской больнице (1861).

4. **Эппингер Федор Иванович (1816–1873) — академик архитектуры, главный архитектор Ведомства учреждений Императрицы Марии.**
   - *Вклад*: приспособления здания Исправительного заведения для отделения для 30 умалишенных женщин (1856).
   - *Наиболее известные работы*:
     - — Мозаичные мастерские Академии Художеств (1864),
     - — богадельня цесаревича Николая Александровича (1859–1862),
     - — особняк С.С. Гагарина (1858),
     - — перестройка Обуховской, Калинкинской, Волковской и Мариинской больниц (1859).

5. **Красовский Александр Федорович (1848–1918) — академик архитектуры.**
   - *Вклад*: капитальная перестройка здания Исправительного заведения и приспособление его для больницы св. Николая Чудотворца, постройка часовни с покойницкой (1872–1876).
   - *Наиболее известные работы*:
     - — церковь Сошествия Святого Духа на Спасо-Преображенском (Фарфоровском) кладбище (1912),
     - — 3-е Реальное училище (1897),
     - — мужская больница Свято-Троицкой общины сестер милосердия (1884),
     - — здания Высших женских (Бестужевских) курсов (1890–1895),
     - — перестройка здания Исправительного заведения (1872–1876),
     - — часовня больницы св. Николая Чудотворца (1876),
     - — реставрация Висячего сада Зимнего дворца и Эрмитажного театра (1894–1897).

Биографические справки о наиболее известных сотрудниках больницы св. Николая Чудотворца[8]

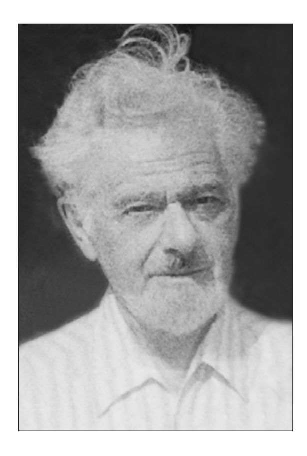
(Подготовлены В.А. Некрасовым и И.С. Кофманом)

	Сотрудники больницы	Годы работы в больнице
1	Авербух Ефим Соломонович	1941–1942
2	Гервер Александр Владимирович	1912–1924
3	Головина-Скрижинская Елена Владимировна	1882–1917
4	Дюков Петр Андреевич	1863–1881
5	Игнатьев Михаил Васильевич	1886–1887
6	Кандинский Виктор Хрисанфович	1885–1889
7	Канторович Николай Витальевич	1924–1934
8	Коган Савва Израилевич	?
9	Коносевич Альбин Гавриилович	1894–1904
10	Левина Анна Семеновна	1938–1973
11	Литвинов Михаил Павлович	1880–1881
12	Ляховицкий Михаил Яковлевич	1942–1952
13	Максимов Борис Евгеньевич	1938–1940
14	Мендельсон Александр Леонтьевич	1892–1893
15	Миквиц Константин Эбергардович	1841–1855
16	Наумов Федор Александрович	1907–1942
17	Ольдерогге Виктор Васильевич	1885–1893
18	Оршанский Лев Григорьевич	1898–1899
19	Останков Петр Александрович	1932–1942
20	Охочинский Владимир Лукич	1870–? (до 1890-х)
21	Охочинский Константин Владимирович	1879–1916
22	Поварнин Константин Иннокентьевич	1923–1938
23	Попов Николай Михайлович	1882–1884
24	Рагозин Лев Федорович	1875–1877
25	Рейтц Густав Владимирович	1900–1948
26	Реформатский Николай Николаевич	1902–1910

[8] В данный список включены только сотрудники, работавшие непосредственно в больнице. К сожалению, объем издания не позволил включить биографии консультантов, сотрудников расположенных на базе больницы учреждений, общественных деятелей, значительно повлиявших на деятельность больницы и ее судьбу. По той же причине в данном разделе нет и биографий современных нам сотрудников.

27	Рихтер Виктор Христианович	1856–1872
28	Розенберг Александр Захарович	1951–1957
29	Сабашников Иван Михайлович	1883–1889
30	Сикорский Иван Алексеевич	1880–1884
31	Случевский Измаил Федорович	1903–1966
32	Смирнов Виктор Ксенофонтович	1958–1972
33	Снесарев Павел Евгеньевич	1903–1906
34	Сокальский Николай Алексеевич	1889–1899
35	Тарновская Прасковья Николаевна	1878–? (до 1880-х)
36	Тиллинг Фердинанд Фердинандович	1871–1884
37	Томашевский Бронислав Викентьевич	1888–1908
38	Трошин Григорий Яковлевич	1901–1906 1917–1918
39	Фальк Максимилиан Леонович	1891–1917
40	Финкильштейн Лев Осипович	1892–1919
41	Хвиливицкий Теодор Яковлевич	1941–1942
42	Хвиливицкая Ирина Федоровна	1941–1942, 1950–1975
43	Чехов Владимир Владимирович	1898–1920
44	Чечотт Оттон Антонович	1865–1901
45	Шнирман Александр Львович	1934–1938
46	Эпштейн Абрам Львович	1923–1930

Авербух Ефим Соломонович (1900–1985)



Ефим Соломонович Авербух проработал в больнице св. Николая Чудотворца всего несколько месяцев, тяжелейших первых месяцев блокады. Но и позднее сохранял самые близкие отношения с больницей как консультант и научный руководитель, консультируя ежегодно огромное количество больных (в некоторые годы до нескольких сотен), и многие из сотрудников больницы считали и продолжают считать себя его учениками.

Родился Е.С. Авербух в Бессарабии в сентябре 1900 года. Окончил 1-й Ленинградский медицинский институт в 1927 году. С 1931 года связал свою деятельность с Психоневрологическим институтом им. В.М. Бехтерева сначала в должности врача-экстерна, затем в должности научного сотрудника отделения пограничных состояний под руководством

В. Н. Мясищева. В 1938 году защитил кандидатскую диссертацию «Истерия и органический истероид». С 1939 года заведующий 1-м психиатрическим отделением и ученый секретарь института. С 1938 по 1947 год руководил организационно-методическим сектором института. В 1941 году защитил докторскую диссертацию «Острые психотические картины при сосудистых поражениях головного мозга». В 1943 году ему было присвоено звание профессора.

В 1941 году после начала блокады был переведен в должность заведующего отделением во 2-ю психиатрическую больницу для руководства «оперативными койками», выделенными для душевнобольных бойцов. После разрушения больницы весной 1942 года оставил ее, участвуя в переводе больных в психиатрическую больницу № 3 им. И. И. Скворцова-Степанова. Летом 1942 года руководил эвакуацией 1000 больных в город Киров через Ладожское озеро. В военные годы руководил спецотделением эвакогоспиталя в г. Киров.

После снятия блокады вернулся в Ленинград в 1944 году, активно принимал участие в восстановлении деятельности института. С 1944 года научный руководитель психосоматического отделения, позднее преобразованного в отделение геронтологической психиатрии. Руководил этим отделением до 1970 года, затем работал в нем старшим научным сотрудником и консультантом. С 1947 по 1949 год — заместитель директора института по научной работе.

Активно консультировал в психиатрических больницах города. В 1950–1960 гг. был научным консультантом и координатором исследовательских работ в психиатрической больнице № 1 им. П. П. Кащенко. В 1950–1970 гг. был научным консультантом и членом ученого совета психиатрической больницы № 3 им. Скворцова-Степанова. И, конечно, регулярно консультировал во 2-й психиатрической больнице, принимал участие в проводимых судебно-психиатрических экспертизах, руководил научной работой некоторых сотрудников.

Научное наследие его огромно — автор более 200 публикаций (из них более десятка монографий и руководств), посвященных проблемам геронтопсихиатрии, сосудистых психозов, депрессивных расстройств, проблем реабилитации и т. д.

Член правления Всероссийского Общества невропатологов и психиатров, в течение ряда лет председатель психиатрической секции Ленинградского общества невропатологов и психиатров. Редактор большого числа сборников, выпущенных как Ленинградским обществом невропатологов и психиатров, так и Психоневрологическим институтом им. В. М. Бехтерева. Возглавлял проблемную комиссию Психоневрологического института им. В. М. Бехтерева.

В 1979 году Е. С. Авербух эмигрировал в Израиль, где скончался 15 января 1985 года.

Литература

1. Авербух Ефим Соломонович // Ведущие ученые Психоневрологического института им. В. М. Бехтерева: антология / М. А. Акименко и др. — СПб.: Изд. ин-та им. В. М. Бехтерева, 2007. — С. 10–11.
2. Авербух Ефим Соломонович // Профессора кафедр психиатрии и нервных болезней Военно-Медицинской (Медико-Хирургической) академии / А. Г. Чудиновских, В. К. Шамрей, М. М. Одинак. — СПб.: ВМедА, 2011. — С. 98–99.

Гервер Александр Владимирович (1873–1939)



Профессор, доктор медицины, доктор медицинских наук, заслуженный деятель науки, директор ГИМЗ и т. д. — еще долго можно перечислять многочисленные звания одного из учеников В. М. Бехтерева. Однако в большинстве его биографий совершенно обходится стороной факт, что более 10 лет, с 1912 по 1924 год он занимал должность старшего врача больницы св. Николая Чудотворца, что и послужило причиной включения этой заметки в наш сборник.

Родился А. В. Гервер в дворянской семье заведующего военным госпиталем в Ростове-на-Дону, где с серебряной медалью закончил гимназию. В 1896 году закончил Императорскую Военно-Медицинскую академию, получив звание лекаря с отличием («examina cum laude»). По конкурсу был оставлен на 3 года в «профессорском институте» при академии, избрав своей специальностью невропатологию и психиатрию, изучением которых занимался на кафедре В. М. Бехтерева. В 1899 году защитил диссертацию на степень доктора медицины «О мозговых центрах движения глаз». В 1900 году был удостоен звания приват-доцента Императорской Военно-Медицинской академии по кафедре нервных и душевных болезней. В том же 1900 году за работу «Электровозбудимость мышц и нервов у новорожденных» конференцией Академии был удостоен золотой медали.

По окончании обучения в 1900 году был назначен ординатором психиатрического отделения Варшавского Уядзовского военного госпиталя, одновременно читая лекции по психиатрии в Варшавском университете. Но уже в 1901 году был переведен в Санкт-Петербург ординатором в психиатрическое отделение Николаевского военного госпиталя, продолжив преподавание в должности приват-доцента при кафедре Императорской Военно-Медицинской академии. В 1905 году был избран профессором на кафедру невропатологии Краковского университета, однако отказался от кафедры, не желая переезжать из Санкт-Петербурга.

А. В. Гервер был в числе многочисленных сподвижников В. М. Бехтерева, принимавших участие в организации Психоневрологического института. После его организации в 1907 году, сохраняя приват-доцентуру в Императорской Военно-Медицинской академии, был избран профессором Психоневрологического института, получив кафедру общей психопатологии. С 1907 по 1914 год занимал должность ученого секретаря Психоневрологического института. Им издан целый ряд отчетов Психоневрологического института, которые являются ценнейшими источниками по первым годам истории этого уникального учреждения.

В 1912 году А. В. Гервер увольняется с должности ординатора психиатрического отделения Николаевского военного госпиталя и продолжает свою работу в практической психиатрии в должности старшего врача больницы св. Николая Чудотворца, в которой проработал до 1924 года.

В 1912 году А. В. Гервер был избран заведующим мужским отделением только построенной психиатрической клиники Психоневрологического института, продолжая читать лекции по общей психопатологии. В 1920 году, после выделения медицинского факультета Психоневрологического института в Государственный Институт медицинских знаний, возглавил в нем кафедру диагностики и семиотики душевных болезней с клиникой. В 1923 году был одним из инициаторов и первых руководителей первого в вузе студенческого психоневрологического кружка, где студенты начинали заниматься научной работой. В 1925 году после очередной реорганизации возглавил кафедру нервных болезней Государственного Института медицинских знаний (с 1930 года 2-го Ленинградского медицинского института), которой руководил до своей смерти в 1939 году.

С 1923 по 1930 год А. В. Гервер занимал должность ректора Государственного Института медицинских знаний. С 1921 года был избран вице-президентом Психоневрологической академии (научного подразделения реорганизованного Психоневрологического института), после смерти В. М. Бехтерева в 1927 году стал ее президентом вплоть до скорого ее расформирования в 1931 году. С 1937 по 1939 год занимал должность директора Невропсихиатрического института им. В. М. Бехтерева. Был отстранен от должности за один день до своей смерти 19 февраля 1939 года решением комиссии, расследовавшей причину смерти одного из больных в возглавляемом им учреждении.

Таким образом, до последних дней своих дней А. В. Гервер продолжал самоотверженно работать в разделенных учебной (ГИМЗ) и научной (Невропсихиатрический институт им. В. М. Бехтерева) частях своего любимого детища — Психоневрологического института.

Деятельность А. В. Гервера была чрезвычайно многогранной. С 1918 по 1931 год он возглавлял кафедру анатомии и физиологии нервной системы Ленинградского педагогического института им. А. И. Герцена. С 1920

по 1926 год читал курс анатомии и физиологии нервной системы в Ленинградском коммунистическом университете. С 1920 по 1925 год был консультантом Института социального воспитания для трудновоспитуемых детей. Читал лекции в Институте педологии и дефектологии Психоневрологической академии. В 1919 году был назначен старшим инспектором Рабоче-крестьянской инспекции по медицинскому отделу. Был ответственным за психиатрические отделения в местах лишения свободы, консультировал больницу НКВД. Был членом правления и многолетним главой неврологической секции Ленинградского общества невропатологов и психиатров. Этот перечень можно продолжать очень долго, настолько широк был круг его интересов и деятельности.

Оставил А. В. Гервер и обширное научное наследие — более 70 публикаций, большая часть которых посвящена анатомии и физиологии нервной системы и нервным болезням. Интересны также его публикации, посвященные военной психиатрии, зарождающемуся в тот период направлению. После смерти В. М. Бехтерева под редакцией А. В. Гервера и во многом его усилиями вышли два посмертных фундаментальных труда «Общие основы рефлексологии человека» (4-е издание) и «Мозг и его деятельность».

Скончался А. В. Гервер скоропостижно 20 февраля 1939 года в 19 часов 30 минут на заседании ученого совета 2-го Ленинградского медицинского института.

«Простота и скромность, бескорыстный и упорный труд, всегда доброжелательное отношение к людям, любовь к жизни — все эти черты придавали обаяние его личности. Своим всегда солнечным, жизнерадостным настроением, ярким оптимизмом он заражал всех окружающих, вселяя бодрость, веру в успех и в будущность нашей страны. Память о нем всегда будет жить среди тех, кто его хоть раз видел и слышал», — так характеризует А. В. Гервера в некрологе его соратник профессор Л. Я. Пинес.

Похоронен А. В. Гервер на Литераторских мостках Волковского кладбища в Санкт-Петербурге.

Литература

1. Гервер Александр Владимирович // Ведущие ученые Психоневрологического института им. В. М. Бехтерева: антология / М. А. Акименко и др. — СПб.: Изд. ин-та им. В. М. Бехтерева, 2007. — С. 130–131
2. Гервер Александр Владимирович // Профессора кафедр психиатрии и нервных болезней Военно-Медицинской (Медико-Хирургической) академии / А. Г. Чудиновских, В. К. Шамрей, М. М. Одинак. — СПб.: ВМедА, 2011. — С. 60–61.
3. Гервер Александр Владимирович // Санкт-Петербургская Государственная Медицинская академия им. И. И. Мечникова. К 100-летию со дня основания. Часть 1 / А. В. Шабров, В. П. Романюк. — СПб., 2006. — С. 382–383.
4. Пинес Л. Я. Памяти А. В. Гервера // Невропатология и психиатрия. — 1939. — Т. 8, № 5. — С. 96.

Головина-Скрижинская Елена Владимировна (1857–?)



О первом авторе нашего сборника нам, увы, известно немного. Сведения, собранные по крупицам, говорят о следующем: Елена Владимировна Головина родилась в 1857 году во Владимире в семье чиновника, заслужившего за заслуги перед Отечеством потомственное дворянство.

В практической медицине Е. В. Головина начала работать в 1882 году, по окончании Женских медицинских курсов при Николаевском военном госпитале, где О. А. Чечотт был среди ее преподавателей. Он, пользуясь разрешением верховной власти о приеме на службу женщин-врачей, наряду с А. Ф. Жегиной и П. Н. Тарновской (Козловой) принял в больницу и ее. Не помешало даже революционное прошлое, о котором упоминает словарь «Деятели революционного движения в России».

Значительную часть своей жизни она посвятила нашей больнице, отработав более 25 лет, сначала в качестве ординатора, затем врачом одной из первых в городе амбулаторий для нервных и душевных больных при больнице и закончив работу в должности старшего ординатора. Оставив больницу, она продолжила работу в качестве врача Северо-Западной железной дороги.

Е. В. Головина одной из первых женщин-врачей была принята в Петербургское общество психиатров. На многих съездах общества неоднократно выступала в качестве представителя больницы св. Николая Чудотворца. Была одним из организаторов и заместителем председателя Общества взаимопомощи женщин-врачей.

Появление в психиатрии женщин-врачей было с удовлетворением встречено в профессиональной печати. Отметим, что в больнице св. Николая Чудотворца это для того времени новшество проявило себя едва ли не ранее, чем в других подобных учреждениях.

Год и место смерти Е. В. Головиной нам не известны.

Дюков Петр Андреевич (1834–1889)

Биографическую статью можно прочесть в 2-м томе настоящего издания.

Игнатьев Михаил Васильевич
(1853–1916)

Родился в 1853 году в г. Суздале Владимирской губернии. Воспитывался в Императорском Гатчинском Николаевском сиротском институте, окончив его в 1872 году с отличием (с записью фамилии на мраморной доске и подарком). В 1879 году окончил Императорскую Медико-Хирургическую академию с дипломом лекаря с отличием «cum examina laude». Студентом принимал участие в русско-турецкой войне 1877–1878 гг. В 1880–1881 гг. служил санитарным врачом и врачом-секретарем Губернского распорядительного комитета по прекращению эпидемии дифтерита в Полтавской губернии. В 1881–1885 гг. служил в Болгарии уездным (околийским) врачом, а затем старшим врачом Варненской окружной больницы. В 1885 году был командирован обществом Красного Креста на сербско-болгарскую войну.

В 1885–1886 гг. работал в Санкт-Петербурге в детской больнице Принца Ольденбургского и в городской барачной больнице. В 1886–1887 гг. состоял сверхштатным ординатором больницы св. Николая Чудотворца. В 1887–1890 гг. сначала был сельским врачом, а затем ординатором психиатрического отделения Могилевской губернской больницы, одновременно состоял преподавателем Центральной фельдшерской школы и неоднократно исполнял обязанности помощника директора этой школы и совещательного члена Врачебного отделения. Напечатал ряд статей в протоколах Общества могилевских врачей.

В 1891 году поступил на работу в Медицинский департамент — был командирован на эпидемию сыпного тифа в Оренбургскую губернию. Работая в Медицинском департаменте, М. В. Игнатьев занимался разработкой классификации душевных болезней. Разработанная им классификация широко обсуждалась в Петербургском и Московском обществах психиатров. Он принимал участие в изменении структуры «Медицинского списка» — прежде всего во внесении в него более полных биографических данных. По поручению Медицинского департамента М. В. Игнатьев занимался составлением ежегодных отчетов о призрении душевнобольных по всей России, преимущественно на основании отчетов, публикуемых больницами.

С 1892 по 1894 год он служил врачом Дома призрения Александра III. Вместе с главным врачом Александром Викторовичем Тимофеевым (1860–?) опубликовал руководство «Основы психиатрической экспертизы применительно к русскому законодательству», предназначенное для врачей-неспециалистов, которым так же нередко приходилось проводить и такой вид экспертизы.

С 1894 по 1904 год М. В. Игнатьев работал ординатором больницы св. Николая Чудотворца, заведуя Екатерингофским отделением. В 1902 году он защитил диссертацию на степень доктора медицины «Исследование

о душевнобольных по отчетам русских психиатрических заведений» в клинике нервных и душевных болезней В. М. Бехтерева; работа стала логичным итогом многолетней его работы в Медицинском департаменте МВД.

Во время русско-японской войны в 1905 году М. В. Игнатьев возглавил Санаторий для больных воинов в Влодве при Западном отделении Инвалидного для железнодорожных служащих дома.

В 1907 году по неизвестным нам причинам уехал в Туркестан, где организовал первую там психиатрическую больницу в городе Перовске (впоследствии Кызыл-Орда). Скончался в 1916 году, о чем известила газета «Русский врач».

Литература

1. *Игнатьев М. В.* Исследование о душевнобольных по отчетам русских психиатрических заведений: Дисс. на степень доктора медицины. — СПб.: Тип. М-ва внут. дел, 1902. — 112 с.
2. *Гонопольский М. Х.* 50 лет 1-й республиканской психоневрологической больницы // Сборник работ врачей 1-й республиканской психоневрологической больницы. Выпуск 2-й. — Кызыл-Орда, 1957. — С. 9–42.

Кандинский Виктор Хрисанфович (1849–1889)

В. Х. Кандинскому посвящен 3-й том настоящего издания.

Канторович Николай Витальевич (1901–1969)



Родился 13 мая 1901 года в Вильнюсе в семье известного врача-венеролога Виталия Моисеевича Канторовича и пианистки Паулины Григорьевны Закс (Сакс) (родственница изобретателя саксофона Адольфа Сакса). Из этой семьи наиболее известен брат Н. В. Канторовича — Леонид Витальевич Канторович (1912–1986), советский математик и экономист, лауреат Нобелевской премии по экономике 1975 года «за вклад в теорию оптимального распределения ресурсов».

Н. В. Канторович образование получил в Петрограде в гимназии Видемана, которую закончил с золотой медалью. В 1924 году закончил 1-й Ленинградский медицинский институт, уже со студенческой скамьи начав заниматься научной работой под руководством своего учителя П. А. Останкова.

Первым местом работы Н. В. Канторовича стала 2-я психиатрическая больница, в которой он отработал с 1924 по 1934 год. В больнице Н. В. Канторович начал внедрение своего метода условнорефлекторного лечения алкоголизма, впоследствии получившего широчайшую известность. Им был организован первый в стране невропсихиатрический техникум для медицинских сестер психиатрических учреждений. Первый выпуск техникума состоялся в 1936 году. Одновременно с больницей он работал в научных учреждениях — с 1924 по 1930 год в Ленинградском институте по изучению мозга, а с 1930 года в секторе социальной психиатрии Психоневрологического института им. В. М. Бехтерева, затем преобразованного в организационно-методический отдел. Активно занимался разработкой антиалкогольной службы в Северо-Западном регионе страны. В 1931 году в Ленинграде был открыт первый «вытрезвитель», созданный по проекту и названный по предложению Н. В. Канторовича.

В эти годы он активно занимался научной деятельностью, опубликовал ряд статей, посвященных клинической психиатрии и физиологии высшей нервной деятельности. В 1936 году по совокупности научных заслуг Н. В. Канторовичу была присвоена степень кандидата медицинских наук без защиты диссертации. Уже в 1939 году он защитил докторскую диссертацию по теме «Реактивный психоз» на базе кафедры психиатрии 1-го Ленинградского медицинского института под руководством П. А. Останкова.

В 1934 году Н. В. Канторович оставил 2-ю психиатрическую больницу, продолжив деятельность в качестве практического врача в психиатрической больнице № 3 им. И. И. Скворцова-Степанова (1934–1935) и психиатрической больнице № 1 им. А. Фореля (1935–1941).

В 1938 году занимает должность доцента кафедры психиатрии III Ленинградского медицинского института (позднее преобразованного в Военно-Морскую медицинскую академию), расположенной на базе психиатрической больницы им. А. Фореля.

В 1941 году после эвакуации больницы и кафедры в здание 2-й психиатрической больницы недолго работал в ней. Затем был мобилизован в ряды Вооруженных сил и выполнял ряд заданий по медико-санитарному обеспечению Балтийского флота и блокированного Ленинграда. Всю блокаду Н. В. Канторович провел в городе, пережив тяжелую алиментарную дистрофию.

В 1944 году Н. В. Канторович занял кафедру психиатрии Киргизского медицинского института в городе Фрунзе (ныне Бишкек), получив звание профессора, где проработал более четверти века, до конца своей жизни.

В Киргизской республике Н. В. Канторович продолжил активную деятельность. Практически его усилиями была развернута психиатрическая служба Киргизии. При его участии было открыто две психиатрические больницы и психоневрологический диспансер со стационаром, большинство психиатров Киргизии были его учениками.

Свыше 20 лет он был главным психиатром Министерства здравоохранения Киргизской республики и более 10 лет председателем Ученого медицинского совета этого министерства. Все годы был бессменным председателем Киргизского общества невропатологов и психиатров. Входил в состав правления Всесоюзного общества невропатологов и психиатров, состоял в редакционной коллегии Журнала невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Входил в состав координационной комиссии по науке при Президиуме АМН СССР.

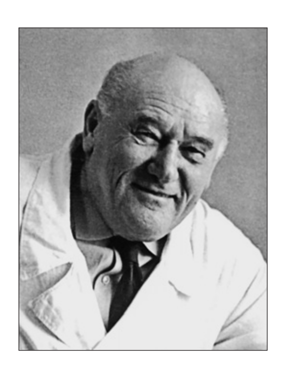
Помимо преподавания на возглавляемой им кафедре психиатрии Киргизского медицинского института, Н.В. Канторович читал лекции по психологии в Педагогическом институте и в Киргизском государственном университете. Целый ряд его работ, в т.ч. и изданная посмертно монография «Медицинская психология» (1991), были посвященны вопросам психологии.

Н.В. Канторович оставил более 120 научных трудов и среди них более 10 монографий и руководств. Его работы посвященны алкоголизму, нарушениям мышления, психогенным заболеваниям, реактивным психозам и т.д.

Скончался Н.В. Канторович 7 октября 1969 года в городе Фрунзе от разрыва аорты.

Литература

1. *Прокудин В.Н.* Николай Витальевич Канторович. К 100-летию со дня рождения // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2001. — № 12. — С. 59–60.
2. Николай Витальевич Канторович. Некролог // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1970. — Т. 70, вып. 3. — С. 471–472.
3. Николай Витальевич Канторович (к 60-летию со дня рождения) // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1961. — Т. 61, вып. 6. — С. 952.



Коган Савва Израилевич (1904–1979) [9]

Один из самых авторитетных сотрудников кафедры психиатрии 1-го Ленинградского медицинского института, оставивший огромное количество учеников, в том числе и в нашей больнице, где он проработал несколько десятков лет как консультант, начмед и заведующий отделением.

[9] Заметка написана совместно с д.м.н. Л.С. Кругловым.

Родился С. И. Коган в г. Ахтырка на Украине 23 октября 1904 года. В тяжелейшие годы революции и гражданской войны закончил медицинский техникум в г. Сумы.

В 1937 году с отличием закончил 1-й Ленинградский медицинский институт. Уже на студенческой скамье проявил интерес к психиатрии и по окончании вуза был рекомендован в аспирантуру. Аспирантуру С. И. Коган проходил на кафедре П. А. Останкова, располагавшейся на базе 2-й психиатрической больницы.

В годы Великой Отечественной войны С. И. Коган был призван в ряды Вооруженных сил. Прошел путь от командира автомобильной санитарной роты до главного психиатра фронта, что указывает на его выдающиеся организационные способности. Закончил войну С. И. Коган в звании подполковника.

После демобилизации вернулся на кафедру психиатрии 1-го ЛМИ, где проработал до конца жизни. В 1945 году защитил диссертацию на степень кандидата медицинских наук на материалах, собранных еще в довоенный период, по использованию инсулина при отказах больных от пищи. С 1952 по 1971 год кафедра базировалась во 2-й психиатрической больнице, в которой С. И. Коган совмещал должности врача-психиатра, заведующего отделением и заместителя главного врача по лечебной работе.

С. И. Коган оставался сотрудником кафедры до своей смерти в 1979 году, работая под руководством профессоров П. А. Останкова, Н. И. Озерецкого, Д. С. Озерецковского и Б. А. Лебедева. Несмотря на отсутствие профессорского звания, был одним из самых авторитетных сотрудников. Недолго исполнял обязанности заведующего кафедрой в 1955–1958 годах, после смерти Н. И. Озерецкого.

Помимо базовых 2-й, а позднее 6-й психиатрических больниц Ленинграда, С. И. Коган консультировал во многих психиатрических учреждениях города. Несмотря на формальное отсутствие профессорского звания, пользовался высочайшим авторитетом среди врачей и организаторов психиатрической помощи.

Преподавание стало одним из ведущих направлений профессиональной деятельности С. И. Когана. В течение около 25 лет он был главным организатором учебного процесса на кафедре, руководителем кружка студенческого научного общества. Наряду с систематическим чтением лекций и ведением практических занятий по психиатрии, им впервые был внедрен курс медицинской психологии. На его авторитетность указывает и то, что в течение нескольких лет С. И. Коган возглавлял отдел ординатуры и аспирантуры всего вуза.

С. И. Когана отличала способность к яркому и содержательному изложению материала на основе блестящих клинических знаний и богатейшей эрудиции, заботливое отношение к своим ученикам. Все это предопреде-

лило его уникальную популярность среди многих поколений выпускников 1-го ЛМИ и врачей, проходивших на кафедре специализацию или стажировку.

Главной сферой научно-исследовательской работы С. И. Когана первоначально стали вопросы применения инсулинотерапии при психических заболеваниях. В дальнейшем основное внимание им было уделено изучению механизмов возникновения ипохондрического синдрома, его клинических особенностей при разных нозологических формах, проблеме дифференциальной диагностики и лечения этого состояния.

В течение многих лет С. И. Коган избирался членом правления Ленинградского отделения Общества невропатологов и психиатров. Многократно являлся делегатом съездов невропатологов и психиатров страны.

Награжден орденами Отечественной войны 2-й степени (1943), Красной Звезды (1944), медалями «За боевые заслуги» (1943), «За победу над Германией» (1945), «Ветеран труда» (1972).

Скончался С. И. Коган в 1979 году, похоронен на Северном кладбище Санкт-Петербурга.

Литература

Скворцов Н. Л., Незнанов Н. Г. О наших учителях // Материалы научно-практической конференции к 110-летию кафедры психиатрии и наркологии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И. П. Павлова, Санкт-Петербург, 10 декабря 2010 г. — СПб.: Изд. НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2010. — 351 с., ил. [Электронное издание]. — С. 30–31.

Коносевич Альбин Гаврилович (1865–?)



Альбин Бронислав Гаврилович Коносевич родился 2 ноября 1865 года в Киеве. Образование получил в Киевской 2-й гимназии. В 1892 году закончил медицинский факультет в Императорском Киевском университете св. Владимира, получив звание лекаря. Затем около года занимался в клиниках университета.

В апреле 1894 года начал работу в должности младшего ординатора больницы св. Николая Чудотворца. Одновременно совмещал в целом ряде лечебных учреждений — Максимилиановской лечебнице для приходящих больных, Лечебнице общества врачей-специалистов, Александро-Мариинской больнице и лечебнице для приходящих больных. Состоял в Медико-Хирургическом обществе и Обществе петербургских психиатров.

В 1897 году в Императорской Военно-Медицинской академии защитил диссертацию на степень доктора медицины «Патолого-анатомические изменения автоматических нервных узлов сердца при прогрессивном параличе помешанных».

В 1904 году по его заказу на Песочной улице, д. 9 (ныне ул. Профессора Попова) было построено здание клиники на 18 мужских и 29 женских мест (архитектор С. И. Андреев). 12 сентября 1904 года открылась лечебница доктора Коносевича для алкоголиков, нервно- и душевнобольных. Лечебница была самой дорогой в городе, стоимость лечения достигала 250 рублей в месяц. В 1911–1912 гг. архитектором военным инженером В. Ф. Ланге был изменен фасад здания и построена пристройка, позволившая увеличить количество мест. Известно, что в данной лечебнице в 1906–1907 гг. проходил лечение М. А. Врубель.

До 1917 года А. Г. Коносевич также находился на городской службе — был членом городской Санитарной комиссии, работал окружным санитарным попечителем.

Здание лечебницы доктора Коносевича в 1917 году было конфисковано для организации первого в стране института судебно-психиатрической экспертизы — Диагностического института под руководством Л. Г. Оршанского.

Судьба А. Г. Коносевича после 1917 года нам не известна.

Левина Анна Семеновна (Хая Залмановна) (1910–?)



Анна Семеновна Левина, автор публикуемых в этом томе воспоминаний, более четырех десятилетий проработала во 2-й психиатрической больнице.

Родилась 7 ноября 1910 года в г. Борисов, где начала обучение, но закончила его уже в Ленинграде. По окончании школы поступила в 1-й медицинский техникум. В свидетельстве об окончании техникума, которое она получила в 1931 году, среди учебно-вспомогательных учреждений названы 2-я психиатрическая больница и больница им. Балинского.

Но выбор Анны Семеновны остановился на нашей больнице, в которой она работала сначала в должности техника по уходу за психическими больными, а закончив 1-й Ленинградский медицинский институт, с 7 января 1938 года в должности врача-психиатра.

Годы блокады А. С. Левина провела во 2-й психиатрической больнице, не покинув ее даже в 1942 году, когда было принято решение о ее закрытии

(Анна Семеновна оставалась в больнице с несколькими нетранспортабельными больными). Принимала активное участие в восстановительных работах с приходом главного врача М.Я. Ляховицкого. Была одним из организаторов празднования 100-летия больницы в 1965 году, написав посвященный ей исторический очерк. С 1954 года по 1973 год А.С. Левина руководила отделением.

Вышла на пенсию 22 мая 1973 года. В связи с уходом на заслуженный отдых А.С. Левиной администрацией от имени коллектива был преподнесен благодарственный адрес за многолетний труд и объявлена благодарность приказом главного врача. В приказе особо отмечены ее общественная активность, награды за многолетний труд, написанные ею очерки по истории больницы, пережившей трудные годы Великой Отечественной войны.

После выхода на пенсию Анна Семеновна продолжала свою общественную деятельность, была награждена благодарственными грамотами.

В начале 2000-х годов А.С. Левина эмигрировала в Израиль. Дата ухода из жизни нам, к сожалению, неизвестна.

Литвинов Михаил Павлович (1846–1918)



Родился 11 октября 1848 года в Санкт-Петербурге в семье чиновника. По окончании гимназии поступил в Медико-Хирургическую академию. Студентом занимался на кафедре физиологии, возглавляемой профессором И.М. Сеченовым, и на кафедре нервных и душевных болезней, возглавляемой профессором И.М. Балинским. Во время обучения был арестован в 1869 году за участие в «студенческих беспорядках», о чем упоминает словарь «Деятели революционного движения в России». Однако уже в 1870 году успешно закончил Академию.

В 1870 году начал работать в клинике нервных и душевных болезней И.М. Балинского, некоторое время совмещая это с работой на кафедре И.М. Сеченова. Одновременно он начинает работать ординатором в частной лечебнице для душевнобольных Александра Васильевич Шульца (1831–1896), которая в 1872 году переходит под руководство другого ученика И.М. Балинского — Александра Яковлевича Фрея (1839–1899).

Однако, начав столь блестящую карьеру в столице, в 1873 году М. П. Литвинов избирает путь земского врача и уезжает из Петербурга в Тверскую губернию. С 1873 года он работал участковым врачом Тверского земства в одной из маленьких больниц Весьегонского уезда. Радиус обслуживаемой территории был равен 150 верстам, фельдшерские пункты были расположены в 60 и 90 верстах от больницы. М. П. Литвинов проработал в земской больнице 3 года, оставив о себе самую лучшую память, о чем свидетельствует постановление Весьегонской уездной земской управы от 26 октября 1876 года, в котором говорится: «М. П. Литвинов поставил в уезде дело народного здравия на ноги», за что ему выражается самая глубокая признательность и высказывается крайнее сожаление о его уходе. Однако желание заниматься психиатрией возвращает его в Санкт-Петербург.

По возвращении в Санкт-Петербург М. П. Литвинов вновь начинает занятия на кафедре нервных и душевных болезней, возглавляемой Иваном Павловичем Мержеевским (1838–1908). Уже в 1877 году он полностью сдает экзамены на степень доктора медицины, что говорит о его высочайшей теоретической подготовке по всем отраслям медицины (многие из соискателей сдавали эти экзамены в течение трех и более лет, столь сложен был этот этап получения ученой степени).

М. П. Литвинов в период с 1877 по 1881 год занимает целый ряд должностей: заведующего Приютом первоначального призрения душевнобольных Санкт-Петербургского общественного управления, ординатора больницы Литовского тюремного замка, ординатора психиатрического отделения Кронштадтского военно-морского госпиталя, а затем его заведующего (после ухода основателя отделения и первого заведующего отделением Владимира Федоровича Чижа (1855–1922) в 1880 году). 1 ноября 1880 года М. П. Литвинов занимает должность ординатора больницы св. Николая Чудотворца.

В 1881 году М. П. Литвинов был приглашен Тверским губернским земством заведовать отделением для душевнобольных Тверской губернской больницы. Но основной целью приглашения известного петербургского психиатра, ранее ярко проявившего себя в Тверском земстве, была необходимость создания самостоятельной психиатрической больницы. И вновь успешной столичной карьере М. П. Литвинов предпочитает путь земского врача.

Уже в 1881 году М. П. Литвинов вместе с членом управы А. Б. Варским были командированы в Германию, Францию, Швейцарию и Австрию, где осмотрели 24 психиатрических заведения. В качестве образца для новой «колонии для душевнобольных» ими было избрано психиатрическое заведение Альт-Щербитце. По результатам поездки был составлен план строительства Бурашевской колонии, первой психиатрической больницы колониального типа в России.

Больница была построена и начала принимать больных в 1884 году, став одним из образцовых учреждений в России. На открытии больницы присутствовали С.С. Корсаков, А.Е. Черемшанский, О.А. Чечотт, П.Н. Никифоров, А.Я. Фрей, В.Р. Буцке и другие известные психиатры. Большая территория, рациональное устройство павильонов, организация досуга пациентов и, конечно же, масштабная реализация принципов «нестеснения» — все это характеризовало созданную М.П. Литвиновым больницу-колонию.

Организационная модель «земской психиатрии», разработанная М.П. Литвиновым, обратила на себя внимание психиатрического сообщества, и многие земские больницы колониального типа использовали ее в качестве образца, нередко обращаясь за консультациями к М.П. Литвинову. Бурашевская колония превратилась в «школу земских психиатров». Под руководством М.П. Литвинова в ней работали известные в будущем организаторы психиатрической службы — Владимир Иванович Яковенко, Петр Петрович Кащенко, Федор Иванович Бартелинк и ряд других.

Обсуждение опыта работы земской психиатрической колонии стало одной из тем на психиатрических секциях Пироговских съездов, 1-м съезде отечественных психиатров, съездах, посвященных проблемам земской медицины, — М.П. Литвинов неоднократно выступал на них с докладами. Знакомиться с работой больницы приезжали А.Я. Кожевников, В.П. Сербский, Н.Н. Баженов, П.И. Ковалевский и многие другие.

Значительные организационные успехи, признание психиатрического и земского сообществ соседствовали с рядом конфликтов с тверским губернатором и негативной оценкой государственного аппарата. Сыграли свою роль и революционное прошлое М.П. Литвинова, прогрессивность его взглядов и высокая общественная активность. В 1896 году, под давлением, М.П. Литвинов оставил свое детище. В знак протеста колонию покинули и все ординаторы. В 1897 году М.П. Литвинов возглавляет Смоленскую психиатрическую больницу, но уже в 1898 году возвращается в Санкт-Петербург.

4 ноября 1898 года в Санкт-Петербурге М.П. Литвинов возглавил частную лечебницу А.Я. Фрея, который отошел от руководства по болезни. Возглавлял он лечебницу всего год, оставив ее 13 ноября 1899 года. По неизвестным нам причинам он покидает Санкт-Петербург.

В 1902 году за заслуги перед психиатрической наукой Советом Юрьевского (Дерптского) университета М.П. Литвинов был удостоен ученой степени доктора медицины honoris causa.

В 1903 году он избирается в земские гласные Новоторжского уездного земства и Тверского губернского земства; вскоре он был избран в члены Тверской губернской земской управы. Однако в последней должности не был утвержден и по распоряжению министра внутренних дел выслан за преде-

лы Тверской губернии. В январе 1905 года, после разрешения на возвращение, выданного новым министром, М. П. Литвинов был избран председателем Новоторжской земской управы, но уже в конце 1906 года был снят с этой должности.

С 1907 года до последних дней своей жизни М. П. Литвинов работал старшим врачом и директором Московского убежища для неимущих, основанного в память Священного Коронования Их Императорских Величеств Государя Императора Николая Александровича и Государыни Императрицы Александры Федоровны и Дома призрения им. И. Д. Баева-старшего.

Скончался М. П. Литвинов в октябре 1918 года. Похоронен он на Введенском кладбище в Москве.

В 1924 году, в год празднования 40-летия Бурашевской колонии, Народный комиссариат здравоохранения удовлетворил ходатайство сотрудников больницы, а также Тверского губернского исполкома и присвоил колонии имя М. П. Литвинова.

4 мая 1959 года министр здравоохранения СССР Сергей Владимирович Курашов (1910–1965) (также известный врач-психиатр) издал приказ об установке памятника на могиле М. П. Литвинова на Введенском кладбище.

Литература

1. *Караванова Т. М.* Памяти М. П. Литвинова (к 75-летию психиатрической больницы имени М. П. Литвинова) // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1960. — Том 60, вып. 8. — С. 1045–1048.
2. *Соцков В. Г.* От колонии для душевнобольных к областной психиатрической больнице (к 100-летию психиатрической больницы им. М. П. Литвинова) // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова — 1984. — Том 84, вып. 5. — С. 771–773.
3. *Лиманкин О. В., Чудиновских А. Г.* Петр Петрович Кащенко. Жизнь и судьба. — СПб., 2009. — 216 с.
4. *Агеева З. М.* Доктор Кащенко. — М.: ИПО «У Никитских ворот», 2009. — 136 с.

Ляховицкий Михаил Яковлевич (1904–1971)

Образование получил в 1-м Ленинградском медицинском институте, закончив его в 1927 году. Работал врачом Колпинской больницы. Почти сразу включился в деятельность по организации городской психиатрии. С 1934 года занял должность начальника сектора психиатрии городского отдела здравоохранения. В 1936 году недолго исполнял обязанности главного врача психиатрической больницы им. П. П. Кащенко, затем работал заведующим райздравом Колпинского района и в институте им. В. М. Бех-

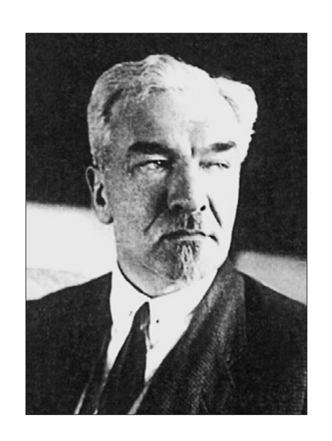
терева. С 1938 по 1942 год был главным психиатром Ленинграда. В годы блокады занимался организацией психиатрической службы. В первые блокадные годы, когда был утрачен целый ряд психиатрических учреждений города, М. Я. Ляховицкий регулярно инспектировал психиатрические больницы и диспансеры, контролируя их работу. В 1942 году возглавил опустевшую и полуразрушенную 2-ю психиатрическую больницу и занялся ее восстановлением. В 1943 году им была защищена кандидатская диссертация «Отдаленные результаты малярийной терапии прогрессивного паралича». М. Я. Ляховицкий руководил 2-й психиатрической больницей до 1952 года. Был снят с должности по «Делу врачей», как лицо «еврейской национальности». Позднее он возглавлял психоневрологический диспансер Ленинского района. Более подробных сведений о нем не имеем.

Скончался М. Я. Ляховицкий в 1971 году в Ленинграде.

Литература

Лиманкин О. В. Санкт-Петербургская психиатрическая больница им. П. П. Кащенко. Страницы столетней истории. — СПб., 2009 — С. 125.

Максимов Борис Евгеньевич
(1891–1946)



В 1917 году Б. Е. Максимов закончил медицинский факультет Юрьевского (Дерптского) университета. В 1921–1922 годах заведовал колонией душевнобольных в Черняковичах (Псковской губернии), в 1922 году — больничным отделом городского отдела здравоохранения Ленинграда.

С 1923 по 1931 год был главным врачом 3-й психиатрической больницы. Проявил себя в этой должности как хороший администратор и хозяйственник. За этот период был проведен ремонт всех корпусов больницы, подведены водопровод и электричество. Наконец решилась проблема с керосиновыми лампами, которые периодически становились причинами пожаров, и вся больница была освещена электричеством. На работу в больницу был приглашен ряд профессоров, при участии Б. Е. Максимова начала работу клиника профессора П. А. Останкова.

Занимая должность главного врача, Б. Е. Максимов продолжал работать в Ленгорздравотделе. Его наиболее значимым организационным достижением стало создание скорой психиатрической помощи. В апреле 1931 года при 4-й станции было организовано вечерне-ночное дежурство врачей-психиатров, и начались выезды специалистов к душевнобольным. В 1931 году,

оставив место главного врача больницы, Б.Е. Максимов занял должность старшего психиатра скорой помощи. Им было подготовлено «Положение о скорой психиатрической помощи», составившее правовую основу ее работы, в т.ч. регламентирована наиболее сложная в психиатрии проблема недобровольной госпитализации.

В 1933 году Б.Е. Максимов работал окружным психиатром Мурманского военного округа, с 1934 года — заведующим сектором социальной психиатрии Психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. Несколько лет Б.Е. Максимов занимал должность главного психиатра Ленгорздравотдела. В 1936–1937 гг. руководил психиатрической больницей им. П.П. Кащенко.

В 1938–1940 гг. возглавлял Ленинградский городской психиатрический приемник, который представлял собой койки, распределенные по различным отделениям 2-й психиатрической больницы. В задачи психприемника входили лечение и последующая эвакуация иногородних больных.

Годы блокады Б.Е. Максимов провел в Ленинграде, не прекращая деятельности. В 1940–1942 гг. был главным врачом клиники Психоневрологического института им. В.М. Бехтерева, в 1942–1945 гг. — заведующим отделением в 3-й психиатрической больнице им. И.И. Скворцова-Степанова, одновременно возглавляя психоневрологический диспансер Выборгского района.

После окончания войны вновь занял должность главного врача психиатрической больницы им. П.П. Кащенко. Была проделана огромная работа по восстановлению разрушенной во время оккупации больницы.

31 декабря 1946 года Б.Е. Максимов скончался от туберкулеза. Похоронен на Никольском кладбище.

Литература

Лиманкин О.В. Санкт-Петербургская психиатрическая больница им. П.П. Кащенко. Страницы столетней истории. — СПб., 2009 — С. 125.

Мендельсон Александр Леонтьевич (1865–1940)



Родился в Санкт-Петербурге, среднее образование получил в гимназии Гуревича, которую закончил с серебряной медалью. В 1891 году окончил обучение в Императорской Военно-Медицинской академии, получив звание лекаря с отличием «examina cum laude». В 1892 году начал работу сверхштатным ординатором больницы св. Николая Чудотворца, одновременно работая врачом временной холерной ле-

чебницы для рабочих. В 1893 году поступил ординатором в больницу св. Пантелеймона, где проработал до 1906 года, в т.ч. и в должности старшего врача. Также врачом-психиатром он совмещал в целом ряде городских учреждений: в больнице св. Николая Чудотворца, в приюте св. Иммануила для идиотов и эпилептиков, в лечебнице для приходящих больных Общества практических врачей и в других.

С 1898 по 1902 год преподавал душевные болезни на курсах братьев милосердия Общества Красного креста; с 1901 по 1903 год читал гигиену нервной системы на Санкт-Петербургских гигиенических курсах. С 1904 года преподавал нервные и душевные болезни в Училище лекарских помощников и фельдшериц, позднее был избран секретарем училищного и педагогического совета этого заведения.

В 1897 и 1899 годах он совершил ряд зарубежных поездок, во время которых осмотрел 22 германских психиатрических заведения. По итогам поездок в 1900 году им была опубликована книга «Призрение душевнобольных в Германии. Материалы из области общественной психиатрии». Впоследствии он защитил эту работу в Военно-Медицинской академии как диссертацию на степень доктора медицины. Из 16 глав, на которые разделена книга, обращает на себя внимание глава о попечении выписанных душевнобольных, которого в России еще не было.

Во время работы в психиатрических больницах А.Л. Мендельсон особое внимание уделял профессиональной подготовке младшего служительского персонала, справедливо полагая, что «…мы, врачи, юридически и нравственно отвечаем за надлежащий уход и умелое обращение с вверенными нашему попечению душевнобольными со стороны низших служащих». В 1897 году он выступил с докладом на обществе психиатров, посвященном этому вопросу, а впоследствии, в 1898 году издал учебник «Уход за душевнобольными. Руководство для надзирательского и служительского персонала психиатрических заведений». За свой труд он был награжден обществом психиатров премией врача Филиппова.

С середины 1900-х годов в центре его внимания оказались вопросы лечения алкоголизма и психогигиены. А.Л. Мендельсоном были организованы и возглавлялись несколько амбулаторий для лечения алкоголизма (общества попечения о народной трезвости и санитарной комиссии). Им был опубликован целый ряд работ по лечению и профилактике алкоголизма. Особое место среди них занимают монография «Психотерапия алкоголизма» (1910) и «Учебник трезвости для начальной и средних школ» (1913). Публикации А.Л. Мендельсона, посвященные алкоголизму, до настоящего времени цитируются и находятся в научном обороте.

В 1903–1907 гг. он заведовал амбулаторной лечебницей Санкт-Петербургского городского Попечительства о народной трезвости.

Многообразной была общественная деятельность А. Л. Мендельсона. Помимо упомянутых обществ попечения о душевнобольных и попечения о народной трезвости, он был членом общества психиатров, общества практических врачей, общества охранения здоровья женщин и ряда других.

После революции А. Л. Мендельсон до 1936 года работал доцентом на кафедре психиатрии Ленинградского института усовершенствования врачей, расположенной на базе 2-й психиатрической больницы. Основным направлением его деятельности была разработка проблем психопрофилактики и психогигиены, о чем он читал специальный курс для врачей и опубликовал целую серию популярных книг и брошюр. Эти издания многократно переиздавались и пользовались большим спросом («Воспитание воли» — 4 издания, «Гигиена брака» — 6 изданий, «Гигиена умственного труда» — 5 изданий и многие другие).

А. Л. Мендельсон умер в 1940 году в Ленинграде.

Миквиц Константин Эбергардович (1807–1858)

Дворянин, закончивший в 1828 году Дерптский университет, 3 декабря 1829 года там же был удостоен степени доктора медицины. После получения степени работал в Гатчинском городском госпитале, затем врачом в Павловском кадетском корпусе.

В 1831 году участвовал в борьбе с холерной эпидемией в Санкт-Петербурге, за что имел награды (орден св. Станислава 3-й степени). С 1840 по 1850 год работал врачом Павловского института.

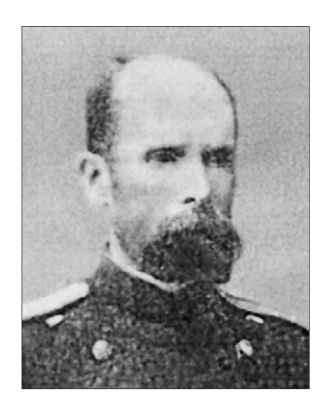
С 12 ноября 1841 года, выдержав испытательный срок, работал врачом при Исправительном заведении, а впоследствии главным врачом организованных в здании Исправительного заведения больницы чернорабочих и отделений умалишенных. В возглавляемой им лечебнице Исправительного заведения, принимавшей больных соматическими болезнями арестантов, было 38 коек, которые обычно пустовали, т. к. пребывание в лазарете не засчитывалось арестантам в срок отбывания наказания, что позволяло ему совмещать в других медицинских учреждениях, расположенных в том же здании. Доктор К. Э. Миквиц лично встречал Государя Императора Николая I во время его единственного визита в здание Исправительного заведения.

В 1855 году К. Э. Миквиц ушел в отпуск по болезни, и дальнейших данных о нем мы не имеем.

Наумов Федор Александрович
(1873–1942)

Биографическую статью можно прочесть во 2-м томе настоящего издания.

Ольдерогге Виктор Васильевич
(Виктор Эрнестович)
(Виктор Эрнест Александр фон Ольдерогге)
(1853–1919)



Родился 9 сентября 1853 года в семье младшего советника городового правления Гатчины, отставного подполковника, героя Отечественной войны 1812 года Ольдерогге Василия Васильевича (Эрнеста Вильгельма). Происходил он из древнего немецкого дворянского рода, получившего свой герб от Императора Священной Римской Империи еще в XVIII веке. Род был очень известен в Гатчине и Санкт-Петербурге, из него выходили врачи, инженеры, учителя, офицеры, государственные чиновники. Дом в Гатчине, в котором родился В. В. Ольдерогге, сохранился до настоящего времени (самый старый из деревянных домов современной Гатчины, находится по адресу: Красная ул., д. 6).

По окончании Медико-Хирургической академии несколько лет служил в армейских частях. В начале 1880-х гг., по возвращении в Санкт-Петербург для совершенствования в науках был прикомандирован к кафедре Ивана Павловича Мержеевского (1838–1908). 12 мая 1884 года защитил диссертацию «О бромистом кониине».

С 1885 года работал сверхштатным ординатором больницы св. Николая Чудотворца, вероятно с перерывами, до 1894 года.

25 ноября 1892 года занял должность врача в психиатрическом отделении Николаевского военного госпиталя. Проработал в госпитале до 1915 года, завершив службу в чине действительного статского советника.

В. В. Ольдерогге продолжает принимать активное участие в деятельности Общества петербургских психиатров, издает несколько печатных работ, причем несколько докладов и статей им было сделано совместно с профессором Владимиром Михайловичем Бехтеревым (1857–1927). В 1897 году В. В. Ольдерогге вступает в Русское антропологическое общество, а впо-

следствии становится его секретарем — ряд его работ посвящен проблеме вырождения.

Наиболее значимой в биографии В. В. Ольдерогге стала деятельность по лечению алкоголизма. С момента организации в 1898 году он входит в комитет Санкт-Петербургского Попечительства о народной трезвости. Но деятельность его в этом направлении началась еще ранее: в 1897 году по инициативе Александра Павловича Чехова (1855–1913) В. В. Ольдерогге разработал проект лечебницы для лечения алкоголизма в изолированном месте, из которого нельзя было бы выбраться. По протекции Антона Павловича Чехова (1860–1904) и Алексея Сергеевича Суворина (1834–1912) в 1897 году В. В. Ольдерогге был принят министром финансов С. Ю. Витте (1849–1915). Из письма Ан. П. Чехова А. С. Суворину мы узнаем: «Психиатр Ольдерогге был принят очень любезно и получил такой ответ: "Действуйте. Я обещаю вам со своей стороны самую широкую поддержку. Представьте мне поскорее полный проект"» [10]. Оба брата приняли самое активное участие в создании этой лечебницы. Ал. П. Чехов опубликовал целый ряд статей в поддержку этой идеи, а Ан. П. Чехов лично принимал участие в создании больницы, в т. ч. ездил осматривать выделенные для колонии Лоцманским ведомством Финляндии три острова. Открылась лечебница (убежище) для алкоголиков и морфинистов доктора В. В. Ольдерогге 13 января 1898 года на Аландских островах, на юге Ботнического залива Балтийского моря. Лечебница принимала до 20 человек.

В. В. Ольдерогге был одним из учредителей и товарищем (заместителем) председателя Общества для лечения и призрения алкоголиков. В 1907 году возглавил амбулаторию для лечения алкоголиков в Психоневрологическом институте.

В. В. Ольдерогге продолжал активную общественную деятельность вплоть до революционных событий 1917 года. Он трагически погиб во время Гражданской войны, в 1919 году — вместе с сыном, курсантом Военно-Медицинской академии, был убит на собственной даче в Геленджике.

Литература

1. *Казанский О. Б., Хвиливицкий Т. Я.* Систематический указатель трудов и выступлений академика В. М. Бехтерева, напечатанных на русском языке // В. М. Бехтерев. Избранные труды. — М.: Медгиз, 1954. — С. 468–523.
2. Дворянский календарь. Справочная родословная книга российского дворянства. Тетрадь 7. — СПб., 1999. — С. 80–95.
3. *Чехов А. П.* Полное собрание сочинений и писем: В 30 т. Т. 7. Письма. — М.: Наука, 1979.

[10] *Чехов А. П.* Письмо Суворину А. С., 1 августа 1897 г. Мелихово // Чехов А. П. Полное собрание сочинений и писем: В 30 т. Т. 7. Письма. М.: Наука, 1979. С. 32.

Оршанский Лев Григорьевич
(1866–?)

Родился в 1866 году в г. Екатеринославе в семье учителя. До 4 курса в 1885–1888 гг. обучался на юридическом факультете Харьковского университета.

С 1890 по 1895 год обучался в Гейдельбергском и Берлинском университетах, где получил диплом доктора медицины. Тема диссертационного исследования, к сожалению, нам не известна. В 1896 году он закончил медицинский факультет Юрьевского университета (г. Дерпт), получив право заниматься медицинской практикой в Российской Империи. Во время обучения за границей помимо медицины он изучал историю искусств, слушал лекции, посещал музеи в Италии, Франции, Англии, Испании, Германии, Швеции и Дании.

По возвращении в Россию работал в Смоленской психиатрической больнице, а спустя год переехал в Санкт-Петербург, где работал в больнице св. Николая Чудотворца, в Доме призрения Александра III и больнице св. Пантелеймона.

С 1902 года начал работу в частной лечебнице для нервно-, душевнобольных и алкоголиков А. Я. Фрея, а с 1912 года продолжил свою деятельность в частной психиатрической лечебнице Альбина Коносевича, где проработал до ее закрытия в 1917 году в должности врача.

Л. Г. Оршанский входил в состав организационного комитета при создании в 1907 году Психоневрологического института, в котором был избран на должность преподавателя по кафедре антропологии. Принимал участие в работе вспомогательной школы при Психоневрологическом институте.

После революции в 1918 году в здании лечебницы Коносевича на Песочной улице Л. Г. Оршанский организовал Диагностический институт судебной неврологии и психиатрии, позднее получивший имя В. И. Ленина. Это был первый судебно-психиатрический институт в России. Целью этого учреждения было не только проведение судебно-психиатрических экспертиз, но и изучение личности преступника в самых различных аспектах. В нем, прежде всего, занимались разработкой советской криминологии. В 1930 году Диагностический институт был включен отделением в тюремную больницу им. Ф. П. Гааза. В больнице им. Ф. П. Гааза Л. Г. Оршанский занял должность заместителя главного врача и заведующего отделением.

В 1920-е гг. он также работал в Криминологическом кабинете при Ленинградском областном суде, где продолжал заниматься изучением личности преступника.

С 1914 года началась педагогическая деятельность Л. Г. Оршанского в должности преподавателя на курсах Фребелевского общества в Санкт-Петербурге. В 1918 году он получил звание профессора, заняв кафедру

патологической педагогики в Педагогическом институте дошкольного образования (бывших Фребелевских курсах), который несколько раз изменял свое название — с 1920 года Педагогический институт социального воспитания нормального и дефективного ребенка, а с 1923 года Институт педологии и дефектологии. Кафедру педагогической педагогики Л. Г. Оршанский оставил в 1923 году, с 1922 года возглавил в этом же институте созданную им кафедру антропологии, которую занимал вплоть до закрытия института и слияния его с Ленинградским педагогическим институтом им. А. И. Герцена в 1925 году, в котором он уже возглавлял одноименную кафедру с 1921 года. Кафедру антропологии Л. Г. Оршанский оставил в 1937 году, это последний из известных нам фактов его биографии.

Интересы Л. Г. Оршанского были чрезвычайно широки: основной своей деятельностью он считал судебную психиатрию, также занимался детской психологией, педологией, педагогикой, детской этнографией, прикладным искусством, изучением творчества детей и заключенных, причем во всех областях достиг высокопрофессионального уровня. Его библиофильское собрание послужило основой для составления библиографического каталога детских иллюстрированных книг. До настоящего времени переиздаются его работы по психологии. Его монография «Художественная и кустарная промышленность СССР» была опубликована в 1927 году в издании Академии художеств и Академии наук. Известны его многочисленные переводы популярных работ по психологии и педагогике, и особенно — перевод «Гигиены труда» Эмиля Крепелина, изданный в 1897 году.

Дата и место смерти Л. Г. Оршанского нам неизвестны.

Останков, Петр Александрович (1867–1949)

Биографическую статью о нем можно прочесть во 2-м томе настоящего издания.

Охочинский Владимир Лукич (1822–1898)

Смотритель Исправительного заведения, а с 1872 года больницы св. Николая Чудотворца, для нас важен как человек, сыгравший большую роль в становлении больницы и дальнейшей ее истории.

Данные о В. Л. Охочинском весьма фрагментарны.

В офицерское звание В. Л. Охочинский был произведен 31 марта 1843 года. Служил в корпусе жандармов. Наиболее известный факт его биографии — участие в «Тарakташской трагедии» в Крыму в звании капи-

тана корпуса жандармов Таврической губернии, где он занимался подавлением восстания местного населения.

В 1870 году по приглашению попечителя Исправительного заведения А. Н. Ламздорфа (1835–1902) занял должность смотрителя заведения. По воспоминания В. Н. Никитина, А. Н. Ламздорф так объяснял свой выбор: «Все жандармы издавна славятся своей честностью и распорядительностью, а майор к тому же человек разумный и старательный, значит, водворит порядок, экономию и справедливость». А. Н. Ламздорф оказался прав. К. Ф. Ордин оценивал В. Л. Охочинского как деятеля, «с истинным человеколюбием относящегося к несчастным больным». Во многих мемуарах мы встречаем упоминания о нем как о человеке, заботящемся и с большим участием относящемся и ко многим заключенным, а позднее пациентам, и к сотрудникам возглавляемого им учреждения.

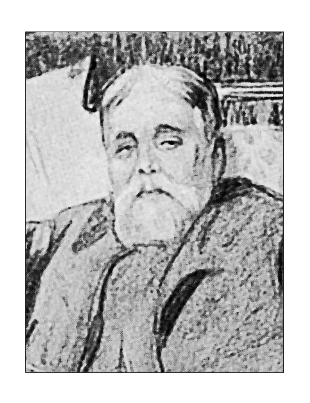
Колоссальная работа была проделана им при организации больницы св. Николая Чудотворца в 1872 году, он был, безусловно, одним из ее основателей. Долгие годы он проработал в больнице, оставив о себе самую добрую память. Последние годы В. Л. Охочинский, выйдя на пенсию, жил в Петербурге.

Скончался отставной полковник В. Л. Охочинский 23 апреля 1898 года. Похоронен на кладбище Новодевичьего монастыря в Санкт-Петербурге.

Литература

Абдуллаев И. Таракташская трагедия // Голос Крыма. — 2008. — № 36–52.

Охочинский Константин Владимирович (1854–1916)



Родился в 1854 году в Курской губернии в семье военного офицера. По окончании Императорской Военно-Медицинской академии в 1879 году К. В. Охочинский пришел на работу к отцу, Владимиру Лукичу Охочинскому (1822–1898), смотрителю больницы св. Николая Чудотворца, а еще ранее Исправительного заведения.

В 1880 году К. В. Охочинский был утвержден в должности ординатора вместе с целым рядом молодых врачей, и далее почти 40 лет до своего ухода из жизни проработал в больнице св. Николая Чудотворца, пройдя путь от младшего ординатора до главного врача. За время работы в больнице он руководил последовательно всеми отделениями, многократно исполнял обязанности главного врача, активно занимался частной клинической практикой. Зарекомендовал себя как опытный кли-

ницист и внимательный врач. Пациенты с благодарностью вспоминали «капли Охочинского».

Широк был круг общественной деятельности К. В. Охочинского в рамках профессии — он входил в состав Общества психиатров, Русского союза психиатров и невропатологов, попечительского совета Психоневрологического института, принимал участие в оказании бесплатной медицинской помощи бедным, привлекался врачебным управлением к освидетельствованию душевно- и нервнобольных, активно участвовал в работе психиатрического бюро больничной комиссии Санкт-Петербурга.

Как было указано выше, еще при главных врачах О. А. Чечотте и Н. Н. Реформатском К. В. Охочинский неоднократно исполнял обязанности главного врача, а с 1905 года фактически возглавил больницу. Он имел чрезвычайно высокий авторитет среди сотрудников больницы. После освобождения должности главного врача в 1910 году был предложен коллективом (уникальный случай) для оставления его в этой должности, несмотря на отсутствие ценза — степени доктора медицины. Городское руководство поддержало это ходатайство.

Кроме профессиональных занятий, главным делом его жизни стало коллекционирование предметов искусства, что подробно описано в публикуемой статье В. В. Рейтца.

За время руководства В. К. Охочинскому удалось решить многие из проблем, появившихся в годы управления больницей Н. Н. Реформатским. Своим тактом и способностью налаживать отношения он устранил конфликты между сотрудниками, значительные усилия приложив к улучшению их материального положения. Сам не занимаясь наукой, сохранил за больницей славу одного из центров психиатрической науки.

Умер К. В. Охочинский в 1916 году в Санкт-Петербурге.

Поварнин Константин Иннокентьевич (1877–1963)



Родился 20 мая 1877 года в семье потомственного дворянина, майора артиллерии. После окончания Орловской гимназии поступает в Императорскую Военно-Медицинскую академию в 1897 году. Заканчивает ее в 1902 году с отличием, со степенью лекаря «cum eximia laude». Обучение К. И. Поварнина в Академии так же, как и в гимназии, было отмечено примерным поведением и прилежанием. Со второго курса ВМА он получал стипендию им. генерала Сухозанета, на 3-м, 4-м и 5-м курсах — стипендию Военного министерства.

После окончания академии К. И. Поварнин был оставлен в «профессорском институте» при академии для научного совершенствования. В качестве направления своей деятельности К. И. Поварнин избрал психологию и психиатрию и был прикомандирован к психологической лаборатории клиники нервных и душевных болезней В. М. Бехтерева.

В 1903–1904 гг. К. И. Поварнин сдает докторские экзамены и 25 февраля 1906 года защищает диссертацию на степень доктора медицины «Внимание и его роль в простейших психических процессах (экспериментально-психологическое исследование)». Научными оппонентами его диссертации выступили проф. В. М. Бехтерев, проф. И. П. Павлов, приват-доцент А. О. Лазурский.

С 1906 по 1908 год совершенствовался в своих научных знаниях за границей за казенный счет. Там он слушает лекции у известнейших профессоров того времени: Э. Крепелина, Штумпфа, Липпса, Цигена, Оппенгейма.

По возвращении в 1908 году избирается конференцией Императорской Военно-Медицинской академии на должность приват-доцента кафедры нервных и душевных болезней и начинает читать курс «Психопатология и психология детского возраста в связи с психологией и психопатологией взрослого». С 1911 по 1915 год — заведующий лабораториями клиники душевных и нервных болезней. С 1915 по 1918 год — заведующий мужским отделением клиники Военно-Медицинской академии.

По возвращении из зарубежной поездки принял активное участие в деятельности созданного в 1907 году Психоневрологического института, заняв с 1908 года должность помощника директора Педологического института. С 1910 года становится директором Педологического института и начинает читать курс на кафедре психологии детского возраста и педагогической психологии, возглавив ее в должности преподавателя. В 1913 году получает звание профессора по указанной кафедре. К. И. Поварнин успешно сочетал научную и преподавательскую работу. На этом этапе в центре деятельности К. И. Поварнина находится изучение психологии ребенка и его воспитания. Он принимал участие в съездах по вопросам семейного воспитания, на которых выступал с докладами. В 1913 году был награжден золотой медалью за экспозицию по психопатологии детства на Всероссийской гигиенической выставке, а на выставке в Дрездене получил почетный отзыв.

В 1917 году К. И. Поварнин оставляет кафедру, а в 1919 году передает руководство Петроградским педологическим институтом губернского отдела народного образования, завершив работу в Психоневрологическом институте.

28 ноября 1918 года К. И. Поварнин был избран на должность главного врача психиатрической больницы «Всех Скорбящих», от которой отказался спустя год, ссылаясь на крайнюю сложность совмещения административной работы главного врача и научно-педагогической профессора. Вскоре,

9 декабря 1918 года, он был избран заведующим кафедрой психиатрии Советского института для усовершенствования врачей, которую было решено организовывать на базе больницы «Всех Скорбящих». Удаленность больницы от города заставила К. И. Поварнина уже в 1919 году обратиться к руководству института с просьбой о переносе кафедры, после чего клиника была развернута в Центральном Красноармейском военном госпитале, бывшем Николаевском, на базе его образцового психиатрического отделения, считавшегося в дореволюционные годы одним из лучших не только в России, но и в мире. Однако уже в 1922 году все военно-психиатрические отделения согласно приказу заместителя наркомздрава З. П. Соловьева были закрыты, прекратила существование и клиника.

С 1923 года клиника Советского института для усовершенствования врачей была развернута в стенах 2-й психиатрической больницы. Ей было передано сначала 2 палаты в женском приемном отделении, а затем выделен отдельный коридор женского отделения на 4-м этаже и несколько палат в мужских отделениях (всего 70 коек). Клиника отличалось от большинства других отделений лучшими условиями и меньшей загруженностью. С первых дней начались занятия с врачами и лекции для них. К. И. Поварнин занял должность заведующего клиническим отделением 2-й психиатрической больницы и включился в жизнь учреждения. Под его руководством научную работу начали многие из врачей больницы — Ф. А. Наумов, М. А. Драбкина, В. С. Павловская, Б. Н. Серафимов и ряд других.

25 июня 1938 года кафедру психиатрии ГИДУВа закрыли, соответственно было закрыто и клиническое отделение.

С 1923 по 1930 год К. И. Поварнин занимал должность ученого секретаря Государственного института для усовершенствования врачей, сделав большой вклад в переход института с курсового на цикловой метод обучения. После закрытия кафедры К. И. Поварнин продолжал читать слушателям в ГИДУВе лекции на почасовой основе, оставаясь членом Ученого совета института.

С 1938 года, после закрытия кафедры психиатрии ГИДУВа, К. И. Поварнин занимает должность старшего научного сотрудника Института эволюционной физиологии, а с 15 апреля 1945 года возглавляет там лабораторию экспериментальной психологии.

В годы войны К. И. Поварнин остается в блокированном Ленинграде и летом 1942 года переезжает в Колтуши, не прекращая научной работы. В 1943 году он начинает восстановление деятельности медико-биологической секции Дома ученых.

В 1950 году в ходе реорганизации институтов ликвидируются лаборатория и кафедра при Институте эволюционной физиологии, в которых работал К. И. Поварнин. Он стал одним из авторов коллективного письма И. В. Сталину «о разрушении дела В. М. Бехтерева».

После прошедших в 1950–1952 гг. «Павловских сессий» ученик В. М. Бехтерева и И. П. Павлова вынужден был занять должность профессора Института уха, горла и носа, заведуя отделением патологии речи.

В 1958 году К. И. Поварнин ушел на пенсию по возрасту.

К. И. Поварнин был чрезвычайно деятельным человеком: помимо описанных основных направлений его работы, он был членом многочисленных комиссий, преподавал в различных вузах, состоял и организовывал научные общества и так далее. Позволим себе лишь привести далеко не полный перечень.

К. И. Поварнин в разные годы состоял членом комиссии по реформе ученых и учебных медицинских учреждений Петрограда при научно-медицинском отделении Наркомпроса, членом комиссии по вопросу сексуального воспитания и просвещения, членом Психиатрического совета при Ленинградском губздравотделе, членом невропсихиатрической секции научно-медицинского совета при Ленинградском облздравотделе, членом Медицинской комиссии Ленинградского Дома ученых им. М. Горького, действительным членом Общества по распространению политических и научных знаний, в послевоенные годы — членом объединенного совета Ленинградской группы институтов АМН СССР.

Из научных обществ К. И. Поварнин был членом-учредителем русского отдела Международной лиги по борьбе с эпилепсией, членом-учредителем Ленинградского общества невропатологов, членом-учредителем Ленинградского физиотерапевтического общества, членом правления Общества неврологии, рефлексологии и биологической физики, членом Ленинградского общества невропатологов и психиатров.

Преподавательскую деятельность К. И. Поварнин вел (помимо указанных выше кафедр) как профессор кафедры психиатрии, во 2-м Педагогическом институте им. Н. А. Некрасова, как профессор психо-рефлексологического факультета Педагогического института социального воспитания нормального и дефективного ребенка, как профессор кафедры общей и экспериментальной психологии Государственного института медицинских знаний, в послевоенные годы — профессор Академии военно-технических знаний при Краснознаменном Балтийском Флоте.

К. И. Поварнин входил в состав редакционных коллегий «Вестника психологии, криминальной антропологии и гипнотизма», «Журнала усовершенствования врачей», «Обозрения психиатрии, неврологии и рефлексологии»».

Скончался К. И. Поварнин 13 ноября 1963 года в Ленинграде. Похоронен на Большеохтинском кладбище.

Литература

1. *Акименко М. А.* Поварнин Константин Иннокентьевич // Ведущие ученые Психоневрологического института им. В. М. Бехтерева. — СПб., 2007. — С. 330.

2. *Софронов А. Г., Чудиновских А. Г.* К 90-летию кафедры психиатрии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования // Психиатрия и наркология в XXI веке. — СПб.: Артиком плюс, 2008. — С. 3–21.
3. *Сохор Т. Е.* Константин Иннокентьевич Поварнин — ученый, врач, педагог// Я (А. Слинин) и МЫ: К 70-летию профессора Ярослава Анатольевича Слинина. — СПб.: Санкт-Петербургское философское общество, 2002. (Серия «Мыслители». Выпуск X). — С. 633–641.

Попов Николай Михайлович
(1854–1939)

Биографическую статью о нем можно прочесть во 2-м томе настоящего издания.

Рагозин Лев Федорович
(1846–1908)



Родился в 1846 году в дворянской семье в Калуге, где окончил Калужскую гимназию. В 1873 году закончил обучение на медицинском факультете Московского университета, получив звание лекаря. За время обучения, в 1871 году был участником московского кружка «Самообразование и практическая деятельность», имеющего явно революционную направленность. По окончании университета до середины 1870-х годов был кассиром общества «Земля и Воля». Впоследствии отошел от революционной деятельности и занимал должности на государственной службе.

С 4 сентября 1873 года по 23 мая 1875 года работал в Московской Преображенской больнице для душевнобольных. Сразу проявив себя как хороший организатор и практический врач, активно внедрял методики «нестеснения» больных.

23 мая 1875 года был перемещен на должность сверхштатного младшего медицинского чиновника Медицинского департамента МВД. В этой должности по инициативе П. А. Дюкова был прикомандирован для совершенствования к больнице св. Николая Чудотворца, без зачисления в штат. Затем был прикомандирован к клинике нервных и душевных болезней Академии. Работая под руководством П. А. Дюкова, И. М. Балинского, И. П. Мержеевского и О. А. Чечотта, он активно занялся изучением психиатрии.

13 марта 1877 года Л. Ф. Рагозин был назначен младшим ординатором клиники душевных болезней, причем сразу стал принимать активное уча-

стие в обучении студентов. 15 мая 1882 года Л. Ф. Рагозин защитил диссертацию на степень доктора медицины «Результаты графического исследования пульса и дыхания душевнобольных». 25 июня 1882 года Л. Ф. Рагозин по собственному прошению был уволен от службы в Академии, после чего занялся частной практикой, заняв с 1882 года должность врача при Императорских театрах.

15 марта 1884 года Л. Ф. Рагозин был назначен директором Казанской окружной лечебницы, находящейся в подчинении МВД. В Казани им была проведена огромная работа по благоустройству больницы. После заключения договора с земством в нее стали поступать и душевнобольные, которые призревались земством. Л. Ф. Рагозин разработал и смог реализовать план расширения больницы с постройкой новых корпусов. Были открыты мастерские для больных, создано подсобное хозяйство, активно внедрялись развлечения. Больница была основной клинической базой для занятий кафедры душевных и нервных болезней Казанского университета, возглавляемой В. М. Бехтеревым, который открыл здесь первую отечественную психофизиологическую лабораторию. Принадлежность больницы Министерству внутренних дел позволила ей стать вторым (подобно кафедре нервных и душевных болезней Военно-Медицинской академии) центром усовершенствования врачей по нервным и душевным болезням.

На первом съезде отечественных психиатров в 1887 году Л. Ф. Рагозин был избран вице-председателем, что указывает на авторитет еще молодого психиатра.

Организационные успехи Л. Ф. Рагозина обратили на него внимание министра внутренних дел. 29 декабря 1888 года Л. Ф. Рагозин был назначен директором Медицинского департамента. Эту должность, соответствующую современной должности министра здравоохранения, он занимал 20 лет, до своей смерти в 1908 году, — крайне долгий и плодотворный период.

По его инициативе были созваны Правительственные съезды врачей, посвященные решению крупнейших санитарных вопросов того времени, первый — холере, второй — сифилису. Была проведена значительная работа по повышению доступности медицинской помощи, в т. ч. существенно снижена цена на лекарства и урегулирована деятельность аптек. Л. Ф. Рагозин провел большую работу по систематизации медицинского законодательства, которое было собрано под его редакцией в «Свод законов и распоряжений правительства Российской империи по врачебной и санитарной части», изданный в двух томах в 1895–1897 гг.

Л. Ф. Рагозин являлся непременным членом Медицинского совета, членом Главного управления Красного Креста, членом Совета Дома призрения душевнобольных Александра III и членом Совета Русского общества охранения народного здравия.

Л. Ф. Рагозин был действительным и почетным членом многих научных обществ — Общества русских врачей в Санкт-Петербурге, Общества психиатров в Санкт-Петербурге, Общества научной медицины и гигиены в Харькове, Медико-Филантропического комитета Императорского Человеколюбивого общества, обществ врачей: Киевского, Казанского, Вятского, Тульского и т. д.

Наиболее значимым для психиатрической службы в деятельности Л. Ф. Рагозина стало создание окружных больниц для душевнобольных. Позитивный опыт Казанской окружной больницы для душевнобольных сделал его рьяным сторонником концепции создания больших централизованных больниц, рассчитанных на несколько губерний. При его личном участии были спроектированы, построены и начали свою работу окружные больницы в Виннице, Варшаве, Вильно, Москве, Томске и ряде других городов. Не был реализован проект Петербургской окружной психиатрической больницы, но все создаваемые в столице империи учреждения получали его поддержку, а в организации Новознаменской больницы-колонии он принимал личное участие.

Огромную помощь он оказал очень многим врачам, лично ходатайствуя за них при обвинении их в политической неблагонадежности. Широко известен тот факт, что Л. Ф. Рагозин фиктивно зачислил А. П. Чехова в Медицинский департамент и сделал ему паспорт. Этот и другие многочисленные факты подтверждают гуманный характер Л. Ф. Рагозина.

Умер Л. Ф. Рагозин в Бреславле 30 марта 1908 года.

В память заслуг Л. Ф. Рагозина в 1908 году в Психоневрологическом институте было принято решение ежегодно присуждать «Рагозинскую медаль» за лучшую работу по клинической психиатрии и научно-практическим вопросам, связанным с лечением и содержанием душевнобольных.

Литература

1. *Шерешевский А. М.* Организаторская деятельность Л. Ф. Рагозина и проблемы лечения психически больных // Лечение нервных и психических заболеваний. — Л.: Медицина, 1976. — С. 389–395.
2. *Текутьев Ф. С.* Исторический очерк кафедры и клиники нервных и душевных болезней при Императорской Военно-Медицинской академии. — СПб.: Военная типография, 1898. — 304 с.
3. Деятели революционного движения в России: биобиблиографический словарь: От предшественников декабристов до падения царизма: [В 5 т.]. — М.: Изд-во Всесоюзного общества политических каторжан и ссыльно-поселенцев, 1927–1934.
4. *Павлов И. П.* Выступление на заседании общества русских врачей в С.-Петербурге по поводу смерти Л. Ф. Рагозина и Н. В. Экка // Полное собрание сочинений. Т. 6. — М.; Л.: Изд. АН СССР, 1952. — С. 287–288.

Рейтц Густав Владимирович (1876–1948)

Биографическую статью о нем можно прочесть во 2-м томе настоящего издания.

Реформатский Николай Николаевич (1855–1920)

Родился в селе Обжериха Юрьевецкого уезда Костромской губернии в семье священника. Из четырех братьев он был старшим. Все братья заняли ведущие места в отечественной культуре и науке (Сергей Николаевич Реформатский (1860–1934) — ученый-химик, профессор Киевского университета, член-корреспондент Академии наук СССР; Александр Николаевич Реформатский (1864–1937) — ученый-химик, профессор Московского университета, автор учебника «Неорганическая химия» (выдержавшего 26 изданий); Леонид Николаевич Реформатский — преподаватель филологии Московского университета) [11].

Начальное образование Н. Н. Реформатский получил в Кинешмском духовном училище и Костромской духовной семинарии. В 1881 году он закончил медицинский факультет Казанского университета. Затем в течение 7 лет отработал земским врачом в родном городе Юрьевце. С 1888 по 1892 год работал ординатором на кафедре психиатрии Казанского университета под руководством В. М. Бехтерева и подготовил диссертацию на степень доктора медицины «Душевное расстройство при отравлении спорыньей (болезнь «злая корча»)». Данное исследование стало одним из первых, посвященных рассмотрению проблемы, имевшей в тот период большое медико-социальное значение. Диссертацию он защитил в 1893 году в Императорской Военно-Медицинской академии в Санкт-Петербурге, уже работая в то время врачом московской земской психиатрической больницы в селе Покровско-Мещерском под руководством В. И. Яковенко, с которым впоследствии долгое время сохранял дружескую переписку.

5 мая 1895 года Н. Н. Реформатский был утвержден по конкурсу главным врачом недавно открытой Новознаменской больницы-колонии для душевнобольных хроников в Санкт-Петербурге, с 30 мая 1895 года фактически приступив к исполнению обязанностей. Открытая лишь в 1893 году больница находилась на начальной стадии своего развития, продолжали строиться здания, создаваться новые службы. Во многом силами Н. Н. Реформатского были открыты библиотеки (медицинская для персонала и

---

[11] *Федотов А. А.* История Ивановской епархии. Иваново, 1998. С. 162.

художественная для больных), создан музей больницы, мастерские, построены и приобретены здания для проживания персонала и сделано многое другое.

В 1902 году Н. Н. Реформатский был избран главным врачом больницы св. Николая Чудотворца, в то время крупнейшей психиатрической больницы страны, принятой им в тяжелейшем состоянии. Многое было сделано им по улучшению условий как для больных, так и для персонала. Н. Н. Реформатский справедливо считал, что очень многое зависит в больнице от младшего медицинского персонала. Он добился повышения зарплат и им лично были разработаны «Правила для служителей и сиделок больницы св. Николая Чудотворца по уходу за душевнобольными».

Во время событий 1905 года революционно настроенная группа сотрудников больницы под руководством Г. Я. Трошина и смотрителя Шульца потребовала «автономии больницы». Н. Н. Реформатский в данной ситуации не почувствовал настроения коллектива и не смог гибко урегулировать сложившуюся конфликтную ситуацию, в результате чего был подвергнут насилию со стороны коллектива — его вывезли из ворот больницы на тачке. После этих событий он продолжал возглавлять больницу до 1910 года, хотя фактически после 1905 года руководил больницей К. В. Охочинский.

После 1905 года главным делом для Н. Н. Реформаторского стала организация семейного призрения душевнобольных, являвшегося относительно новым для Санкт-Петербурга видом оказания психиатрической помощи. Уже в 1905 году он направил председателю больничной комиссии записку о необходимости разработки данного вопроса. В 1906 году он был направлен в командировку за границу для ознакомления с организацией посемейного призрения. По возвращении он выступил перед Городской Думой с докладом «Семейное призрение душевнобольных в России и за границей» и опубликовал его, расширив до объема монографии, в 1907 году. 28 мая 1907 года организованный Н. Н. Реформатским семейный патронаж в Ямбургском уезде принял первых пациентов. Патронаж продолжал свою работу вплоть до 1917 года, принимая до 350 душевнобольных.

В 1910 году Н. Н. Реформатский вновь занял должность главного врача Новознаменской больницы, возглавляя ее до закрытия в 1917 году. В 1911 году был избран председателем психиатрического бюро при больничной комиссии, фактически возглавив психиатрическую службу города.

В 1914 году, после вступления России в Мировую войну, был избран уполномоченным Красного креста по эвакуации и оказанию помощи душевнобольным воинам Северо-Западного фронта. Принимал участие в организации госпиталей для душевнобольных воинов, в т. ч. и в Санкт-Петербурге. Также руководил он и эвакуацией душевнобольных с оккупированых территорий.

Во время революционных событий в Минске в 1917 году был отстранен от должности коллективом, вновь с применением насилия.

Скончался Н. Н. Реформатский от болезни в Петрограде в 1920 году.

Рихтер Виктор Христианович (1818–?)

Родился в Москве в семье аптекаря. Образование получил в Московском университете, где 10 июня 1840 года был удостоен звания лекаря.

20 июня 1841 года поступил на работу штатным ординатором больницы чернорабочих. Помимо должности ординатора больницы чернорабочих, был назначен 6 ноября 1856 года ординатором женского отделения умалишенных при Исправительном заведении.

С 1863 года был определен врачом Исправительного заведения и старшим врачом обоих отделений умалишенных.

После организации временной лечебницы в 1865 году он оставался врачом Исправительного заведения и больницы чернорабочих, однако опыт его работы с душевнобольными позволял ему продолжать принимать участие в судебно-психиатрических экспертизах.

После организации больницы св. Николая Чудотворца короткое время оставался сверхштатным ординатором, но после утверждения штата был сокращен. Затем долгое время работал хирургом в Александровской больнице.

Розенберг Александр Захарович (1895–1957)



А.З. Розенберг родился на Украине в 1895 году. В 1925 году окончил Государственный Институт медицинских знаний, со студенческих лет проявив интерес к психиатрии. По окончании института был оставлен в психиатрическом отделении Института им. В.М. Бехтерева сначала в должности ординатора, а затем заведующего отделением. Руководила психиатрическим сектором института в тот период Р.Я. Голант, ставшая учителем для А.З. Розенберга. На базе психиатрических отделений Института им. В.М. Бехтерева располагалась и кафедра психиатрии ГИМЗа, составлявшая с ними единое целое. В 1931 году А.З. Розенберг избирается ассистентом кафедры (которую возглавила в 1928 году Р.Я. Голант), продолжая работу в тех же отделениях, но уже в новом качестве.

В 1934 году А.З. Розенберг успешно защитил диссертацию на степень кандидата медицинских наук «Соматофрения Бехтерева и ее клиническое

значение». И уже в 1937 году защищает диссертацию на степень доктора медицинских наук «Бредовые психозы позднего возраста», которая была издана в 1939 году в виде монографии. В 1939 году А. З. Розенбергу было присвоено звание профессора.

После начала Великой Отечественной войны А. З. Розенберг продолжает лечебную и преподавательскую деятельность на кафедре, которая, сменив базу, по-прежнему действует на психиатрических отделениях в больнице им. И. И. Мечникова и больнице им. В. В. Куйбышева.

На общегородской конференции невропатологов и психиатров 30 и 31 мая 1942 года в Ленинграде А. З. Розенберг выступает с докладом «Особенности психозов, наблюдавшихся за истекший период Отечественной войны».

В конце 1942 года А. З. Розенберг с явлениями тяжелой дистрофии был эвакуирован из Ленинграда. Работу продолжил в Самарканде в эвакуационном госпитале, сотрудничая с кафедрой психиатрии Самаркандского медицинского института (зав. проф. В. И. Руднев).

В 1944 году А. З. Розенберг не вернулся в Ленинград, а занял предложенную ему кафедру психиатрии Ставропольского медицинского института. Он принял участие в восстановлении психиатрической службы края, возглавил местное общество невропатологов и психиатров.

В 1951 году после «Павловских сессий» А. З. Розенберг был подвергнут жесткой критике. Ученик В. М. Бехтерева и Р. Я. Голант, автор оригинальной концепции «экзогенных моделей шизофрении», особого подхода к описанию инфекционных психозов был снят со всех должностей и практически лишен возможности продолжать профессиональную деятельность.

В 1951 году А. З. Розенберг возвращается в Ленинград и занимает должность консультанта 2-й психиатрической больницы, специально созданную для него главным врачом М. Я. Ляховицким, который уже в 1952 году был уволен по известному «делу врачей».

Во 2-й психиатрической больнице под руководством А. З. Розенберга был создан Ученый совет, который определял научную деятельность больницы, врачами велось более 10 диссертационных исследований.

В 1954 году А. З. Розенберг занимает кафедру психиатрии Самаркандского медицинского института, возвратившись в город, где он провел военные годы. Периодически приезжая в Ленинград, продолжал руководить научной работой сотрудников 2-й психиатрической больницы. Через год с небольшим, в 1956 году, он был вынужден оставить кафедру в связи с резким ухудшением здоровья.

Вернувшись в Ленинград, А. З. Розенберг, несмотря на тяжелую болезнь, вновь занял должность консультанта 2-й психиатрической больницы. До последних дней своей жизни, уже не имея сил, лежа в постели, он продолжал писать статьи и руководить научной работой больницы.

Скончался А. З. Розенберг в Ленинграде 11 июня 1957 года.

Литература

Розенберг Александр Захарович. Некролог // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1958. — Том 58, вып. 2. — С. 246–247.

Сабашников Иван Михайлович
(1855–1932)

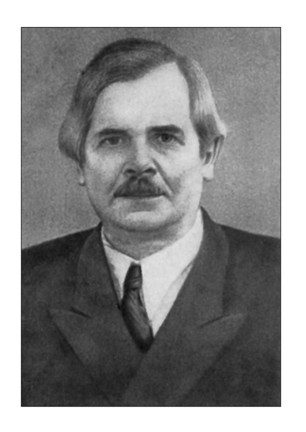


Родился в г. Кяхта в Бурятии. Представитель известной в русской культуре и науке семьи Сабашниковых, среди членов которой были два брата-издателя, опубликовавших в том числе большое количество психиатрических трудов. И. М. Сабашников закончил Московский университет в 1876 году. С 1877 года служил морским врачом во Владивостоке, с 1881 года на Черноморском флоте. С 1883 года начал работу в больнице св. Николая Чудотворца, не получая содержания. Получив должность сверхштатного ординатора в 1885 году, он проработал в больнице до 1889 года. Занимался научной работой под руководством И. П. Павлова, защитил в 1892 году диссертацию на степень доктора медицины «К фармакологии натрисалицилового теобромина (диуретина)». Владел 12 языками, сделал ряд переводов художественной и психиатрической литературы, причем стихи Рабиндраната Тагора были изданы в издательстве М. и С. Сабашниковых. С 1890 года жил в Варшаве и возглавлял психиатрическую больницу св. Иоанна Божьего. В 1900 году освидетельствовал Ю. Пилсудского в Варшавской цитадели, где тот симулировал помешательство, и признал его душевнобольным, после чего Писудский был переведен в больницу св. Николая Чудотворца в Санкт-Петербурге. С 1904 года до оккупации в 1915 году был главным врачом крупнейшей в России психиатрической больницы в Творках. Позднее жил в Москве, а в 1919–1920 гг., по воспоминаниям М. В. Сабашникова, занял место врача на Урале. В январе 1932 года скончался в Москве.

Сикорский Иван Алексеевич
(1842–1919)

Биографическую статью о нем можно прочесть во 2-м томе настоящего издания.

Случевский Измаил Федорович (1903–1966)



Биографии выдающегося отечественного психиатра посвящена опубликованная к его 100-летию монография (Шамрей В. К. и др., 2003), к которой мы и отсылаем внимательного читателя.

И. Ф. Случевский — ученик П. А. Останкова и В. М. Бехтерева, представитель выдающейся дворянской семьи и психиатрической династии, профессор (1939), доктор медицинских наук (1939), заслуженный деятель науки Башкирской АССР (1944), заслуженный врач РСФСР (1944), заведующий кафедрами психиатрии Башкирского медицинского института (1936–1946), Ленинградского ГИДУВа (1947–1966), Военно-Медицинской академии (1961–1962), член правления Всесоюзного, Всероссийского и Ленинградского обществ невропатологов и психиатров, автор учебника «Психиатрия» (1957), член редакционной коллегии «Журнала невропатологии и психиатрии», редактор 19 сборников научных трудов, научный руководитель 8 докторских и 32 кандидатских диссертаций. Перечень заслуг и званий И. Ф. Случевского можно продолжать очень долго.

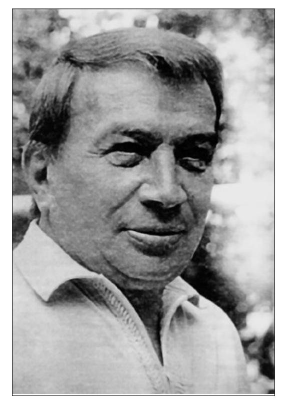
Проработал И. Ф. Случевский во 2-й психиатрической больнице менее года, с 17 ноября 1933 по ноябрь 1934 года. Он занимал должность главного врача Вырицкого филиала 2-й психиатрической больницы, или Вырицкого лечхоза (лечебного хозяйства), которое позднее было реорганизовано в самостоятельную психиатрическую больницу-колонию. Безусловно, данная формальная причина является не единственным основанием включения И. Ф. Случевского в наш сборник. Обучаясь и работая на кафедре П. А. Останкова, И. Ф. Случевский самым тесным образом был связан со 2-й психиатрической больницей, которая была клинической базой этой кафедры, наравне с больницей им. И. М. Балинского. Принимал он участие в «Останковских средах», которые проводились в обеих базовых больницах. И во многих воспоминаниях сотрудников об И. Ф. Случевском говорится как о «своем», подобно многим крупным ученым, вышедшим с «Пряжки».

Литература

1. *Шамрей В. К.* Измаил Федорович Случевский. К 100-летию со дня рождения / В. К. Шамрей, А. Г. Чудиновских, С. Ф. Случевская. — СПб.: Образование—Культура, 2003. — 192 с.
2. Творческий путь Измаила Федоровича Случевского // Проблемы психиатрии. Юбилейный сборник, посвященный 60-летию со дня рождения профессора И. Ф. Случевского. — Л.: Медицина, 1964. — С. 3–8.

3. Проблемы психиатрии. Сборник научных трудов, посвященный светлой памяти профессора И. Ф. Случевского. — Вып. 2. — Л.: ГИДУВ, 1967. — 416 с.
4. Измаил Федорович Случевский. Некролог // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1966. — Том 66, вып. 11. — С. 1740.

Смирнов Виктор Ксенофонтович (1933–2006)



В. К. Смирнов родился 30 октября 1933 года в семье военного в Москве. Образование получил в Военно-Морской медицинской академии в Ленинграде. Во время обучения в вузе В. К. Смирнов занимался в научном кружке под руководством профессора Всеволода Семеновича Галкина (1898–1957)[12] на кафедре патофизиологии с курсом нейрохирургии. Свои научные исследования он проводил на обеих клинических базах кафедры: в больнице им. А. А. Нечаева и во 2-й психиатрической больнице. На совете кафедры патофизиологии ВММА выполненный цикл работы был оценен как половина кандидатской диссертации, а В. К. Смирнов приглашен на кафедру после завершения службы на флоте. Это, к сожалению, не было реализовано, в связи с смертью В. С. Галкина в 1957 году, после чего кафедры патофизиологии и нейрохирургии уже развивались самостоятельно. Обучение же психиатрии В. К. Смирнов проходил на кафедре психиатрии ВММА под руководством А. С. Чистовича.

---

[12] В. С. Галкин — уникальный специалист, сочетавший в себе клинициста и лабораторного ученого. Он возглавлял с 1933 по 1957 год кафедру патофизиологии 3-го Ленинградского медицинского института, реорганизованного в 1940 году в Военно-морскую медицинскую академию. С 1936 по 1949 год заведующий кафедрой общей патологии в ЛенГИДУВе. Во многом удивителен был сам подход к преподаванию патологической физиологии, прежде всего на клинических отделениях, без отрыва от клинической медицины.

В 1954 году В. С. Галкиным был организован курс нейрохирургии при его кафедре с клиникой в неврологическом отделении больницы им. А. А. Нечаева. В 1956 году после слияния Военно-морской медицинской академии и Военно-медицинской академии возглавил организованную кафедру нейрохирургии.

При его участии в 1933 году во 2-й психиатрической больнице было создано хирургическое отделение, на котором проводились не только общехирургические, но и нейрохирургические операции. В больнице никогда не было клиники его кафедр, но на многих отделениях велись занятия, а сотрудники и активные студенты вели научную работу. До последних лет жизни В. С. Галкин оставался консультантом 2-й психиатрической больницы.

В 1956 году, завершив обучение, В. К. Смирнов отправляется на службу на Северный Флот в должности начальника кабинета авиационной медицины.

После демобилизации в 1958 году В. К. Смирнов учился на курсах усовершенствования кафедры психиатрии ГИДУВа, возглавляемой И. Ф. Случевским. В 1958 году В. К. Смирнов начал работу в должности психиатра во 2-й психиатрической больнице. Уже в 1959 году В. К. Смирнов начинает работу на кафедре психиатрии 1-го ЛМИ, расположенной на базе 2-й психиатрической больницы. Кафедру в этот период возглавлял профессор Д. С. Озерецковский. В 1961 году он заканчивает на кафедре ординатуру, в 1964 году — аспирантуру, защитив в 1965 году диссертацию на степень кандидата медицинских наук «Вопросы дифференциального диагноза шизофрении и острых инфекционных психозов». В должности ассистента В. К. Смирнов вместе с С. И. Коганом руководил Студенческим научным обществом кафедры.

В 1970 году кафедру возглавил Б. А. Лебедев, и уже в 1971 году кафедра переезжает на другую клиническую базу — в 6-ю психиатрическую больницу.

В 1972 году В. К. Смирнов защитил докторскую диссертацию «О патологии сознания при шизофрении», ставшую значительным трудом в области клинической психопатологии.

В 1974 году В. К. Смирнов возглавил отдел психогигиены Волгоградского НИИ гигиены труда.

С 1977 по 1985 год В. К. Смирнов заведует кафедрой Горьковского медицинского института, совмещая эту должность с должностью главного психиатра Горьковской области. В эти годы он получает звание профессора. Под его руководством на базе областной психиатрической больницы № 1 была создана лаборатория психофизиологии сна и бодрствования. В эти годы на кафедре активно ведется научная работа, было проведено несколько всесоюзных конференций, выпушено несколько сборников трудов.

В 1985 году В. К. Смирнов возглавил кафедру психиатрии Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова и занял должность главного психиатра МО СССР (РФ). Это наиболее плодотворный период его деятельности — продолжаются исследования в области психопатологии, патологии сна и бодрствования, военной психиатрии и медицины катастроф. Под его руководством проводится большое количество диссертационных исследований. В. К. Смирнов лично принимал участие в организации медицинской помощи пострадавшим от последствий аварии на Чернобыльской АЭС (1986) и после землетрясения в Армении (1988). В 1992 году В. К. Смирнову было присвоено звание Заслуженного деятеля науки.

Из Вооруженных сил В. К. Смирнов увольняется в 1993 году — в год своего 60-летия. Продолжая научную и клиническую деятельность, в 1993–

1994 гг. он возглавлял Василеостровский психоневрологический диспансер в Санкт-Петербурге, а с 1994 года до последних дней жизни работал научным методистом Санкт-Петербургской психиатрической больницы № 1 им. П. П. Кащенко.

В. К. Смирнов являлся многолетним членом Президиума правления Всесоюзного (Всероссийского) общества психиатров, членом редакционной коллегии Журнала невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова и Военно-медицинского журнала. Его научное наследие составляет более 150 публикаций. Под его руководством были защищены 2 докторские и 22 кандидатские диссертации.

В. К. Смирнов трагически погиб 8 августа 2006 года в Санкт-Петербурге. Похоронен на Смоленском кладбище.

Литература

1. Виктор Ксенофонтович Смирнов. Некролог // Социальная и клиническая психиатрия. — 2006. — Том 16, вып. 4. — С. 108.
2. Клиническая и экстремальная психиатрия: сборник научных работ, посвященный 70-летию со дня рождения Заслуженного деятеля науки РФ профессора В. К. Смирнова // Ред. коллегия: В. К. Шамрей, А. В. Рустанович. — СПб.: ВМедА, 2003. — 221 с.

Снесарев Павел Евгеньевич (1876–1954)



Родился 12 октября 1876 года в станице Камышовской Области Войска Донского, в семье священника. Среднее образование завершил в 1897 году в Новочеркасской классической гимназии. В том же году поступил в Императорскую Военно-Медицинскую академию, которую окончил со званием лекаря с отличием «examina cum laude» в 1902 году. Недолгое время был прикомандирован к клинике нервных и душевных болезней В. М. Бехтерева.

С марта 1903 года по май 1906 года работал в больнице св. Николая Чудотворца в должности младшего врача, заняв ее по личному ходатайству В. М. Бехтерева.

В ноябре 1904 года был призван из запаса на действительную службу и командирован на Дальний Восток. Там состоял сначала ординатором 45-го полевого подвижного госпиталя, а затем врачом 10-й Восточно-Сибирской горной батареи. В декабре 1905 года был уволен в запас из армии и вернулся к работе в больнице св. Николая Чудотворца.

Вскоре, в 1906 году, по протекции В. М. Бехтерева он отправляется для совершенствования в Мюнхенском и Берлинских университетах, работая некоторое время в лабораториях Алоиса Альцхаймера (1864–1915) и Франца Ниссля (1860–1919). По воспоминаниям его ученика А. И. Ойфа, ему принадлежит приоритет обнаружения изменений нейрофибрилл при окрашивании серебром в старческом мозге, позднее названных по имени его учителя альцгеймеровскими бляшками. По возвращении в Санкт-Петербург в июне 1907 года занял должность ординатора в больнице «Всех Скорбящих».

В 1908 году П. Е. Снесарев защитил диссертацию на степень доктора медицины «О нервных волокнах переднего мозга лягушки». Значительная часть диссертации была выполнена в лаборатории нейробиологического института Берлинского университета во время его поездки в Германию.

С 1911 по 1922 год П. Е. Снесарев занимал должность директора (главного врача) Костромской психиатрической больницы (психиатрическая колония Костромского губернского земства). В этот период он активно продолжал свои исследования по нейроморфологии и патологической анатомии психозов. В больнице им была развернута нейрогистологическая лаборатория.

В 1922 году П. Е. Снесарев по приглашению наркома Н. А. Семашко (1874–1949) оставляет Кострому и переезжает в Москву. С 1922 года до последних своих дней П. Е. Снесарев возглавлял прозектуры 1-й Московской психиатрической больницы и Московской психиатрической больницы им. П. Б. Ганнушкина. Образованная при прозектуре нейрогистологическая лаборатория стала крупнейшим центром подготовки нейроморфологов.

С 1927 по 1934 год П. Е. Снесарев был руководителем отдела патологии нервной системы Института нервно-психической профилактики. В 1939 году, после организации Центрального института психиатрии Министерства здравоохранения РСФСР, он возглавил в нем отдел морфологии. Одновременно он возглавлял и гистопатологическую лабораторию Института мозга АМН СССР.

Научное наследие П. Е. Снесарева — это более 150 публикаций, созданная школа патоморфологов нервной системы, разработанные им методики патогистологических исследований, оригинальная теория токсико-аноксической энцефалопатии как причины шизофренического процесса и еще целый ряд открытий в патологической анатомии психических расстройств, которой он посвятил свою жизнь.

Скончался 5 ноября 1954 года в Москве.

В 1961 году были опубликованы «Избранные труды» П. Е. Снесарева.

Литература

1. *П. Е. Снесарев*. Некролог // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1955. — Т. 55, вып. 2. — С. 154–155.

2. *Ойфа А. И., Орловская Д. Д.* Павел Евгеньевич Снесарев. К 100-летию со дня рождения // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1976. — Т. 76, вып. 10. — С. 1579–1581.
3. *Ойфа А. И.* Павел Евгеньевич Снесарев // Независимый психиатрический журнал. — 2006. — № 1 — С. 7–8.

Сокальский Николай Алексеевич (1862–?)

Родился в 1862 году в Забайкальской волости в г. Верхнеудинск. С золотой медалью в 1883 году окончил Омскую гимназию. Поступил на медицинский факультет Императорского Университета св. Владимира в 1883 году; в 1886 году перевелся на 3-й курс Императорской Военно-Медицинской академии, которую закончил лекарем с отличием «cum examina laude» в 1889 году, после чего поступил в больницу св. Николая Чудотворца сначала на должность сверхштатного ординатора, а затем младшего ординатора. В 1897 году защитил диссертацию на степень доктора медицины «Исследование пульса и давления крови при острых психозах». Оппонентами на его защите были И. П. Павлов, В. М. Бехтерев и П. Я. Розенбах. В те годы Н. А. Сокальский также вошел действительным членом в состав петербургского Общества психиатров.

С 1898 по 1905 год возглавлял Уфимскую психиатрическую больницу. Возглавив земскую психиатрическую больницу, Н. А. Сокальский стал активным сторонником развития психиатрической службы по «земскому пути», целый ряд его публикаций и выступлений на Пироговских съездах был посвящен организации психиатрической службы и критике окружных психиатрических больниц. Несколько работ посвящены необходимости создания амбулаторной психиатрической службы как логичного продолжения «земской психиатрии», занимающейся лечением больных, а не их интернированием. В 1905 году он составил специальный отчет о создании посемейного призрения душевнобольных в земских губерниях.

В Уфе Н. А. Сокольский ежегодно издавал отчеты больницы, интересные своей содержательностью и неформальностью подхода к их составлению. Качество отчетов было столь высоко, что они вместе с отчетами Рязанской и Рижской психиатрических больниц вошли в обменный фонд материалов Европейского союза психиатрических лечебниц. В своей работе Н. А. Сокальский большое значение придавал повышению квалификации врачей и персонала. В научную библиотеку больницы им выписывалось 19 русских и иностранных журналов по специальности. В 1904 году им было составлено руководство для персонала больницы.

С 1905 года Н. А. Сокальский руководил Черниговской психиатрической больницей, после чего в 1913 году вернулся в Санкт-Петербург

и работал старшим врачом в Новознаменской больнице-колонии для душевнобольных.

Год и место его смерти нам не известны.

Литература

Шерешевский А.М., Рохлина М.Л. Знаменательные и юбилейные даты невропатологии и психиатрии: 1987 год // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1987. — Т. 87, вып. 1. — С. 117–135.

Тарновская Прасковья Николаевна (1848–1910)



Дочь начальника Императорской Медико-Хирургической Академии Николая Илларионовича Козлова (1814–1889), видного государственного и общественного деятеля. Муж П.Н. Тарновской — профессор Вениамин Михайлович Тарновский (1837–1906), известный венеролог, заведующий кафедрой дерматологии и сифилидологии Академии.

В 1878 году П.Н. Тарновская закончила Высшие врачебные курсы при Николаевском военном госпитале, став одной из первых женщин-врачей. Начала свою медицинскую деятельность как психиатр больницы св. Николая Чудотворца. Стала первой женщиной-врачом, принятой в Петербургское общество психиатров, где выступала с докладами. Выступала на 1 съезде отечественных психиатров. Состояла членом Общества народного здравия, Общества взаимопомощи женщин-врачей. Входила в состав попечительского совета Психоневрологического института.

В 1880-х годах оставила больничную деятельность и числилась как практический врач. Главным направлением ее деятельности стала научная работа в области криминальной антропологии, одним из основателей которой она является. Была многолетним членом Антропологического общества при Императорской Военно-Медицинской академии. В своей области оставила крупные исследования: «Женщина-преступница и проститутка» (1891), «Воровки. Антропологическое исследование» (1891), «Женщины-убийцы» (1902). Владея итальянским языком, занималась переводами работ Чезаре Ломброзо (1835–1909).

Посвятила свою жизнь развитию криминальной антропологии и внедрению ее достижений в практику. Ее кредо выражено в словах: «Не карать злую волю, а исправлять слабую и болезненную волю, к чему и должно стремиться человечество».

После смерти мужа в 1906 году жила большую часть времени в Риме.

В своем завещании П. Н. Тарновская оставила 100 тыс. рублей в пользу Женского медицинского института для строительства новой психиатрической клиники, что, к сожалению, не было исполнено.

Скончалась 12 декабря 1910 года в Крыму.

Тиллинг Федор Федорович (Теодор Фердинандович) (1842–1913)

Родился в семье немецкого пастора в г. Митава 25 мая 1842 года. Закончил гимназию в Риге. В 1867 году получил звание лекаря, завершив обучение в Дерптском университете. В 1869 году в Дерптском университете защитил диссертацию на степень доктора медицины «Об общем прогрессивном параличе умалишенных». В 1867–1868 гг. проходил обучение в Вене в клинике Мейнерта.

С 1868 года стал работать сначала как врач-доброволец, а затем как штатный врач в психиатрической больнице «Ротенберг» вблизи Риги, которая считалась клиникой Дерптского университета.

В 1871 году Ф. Ф. Тиллинг переехал в Санкт-Петербург, заняв 30 октября 1871 года должность ординатора временной лечебницы для умалишенных при Исправительном заведении, с 1872 года — больницы св. Николая Чудотворца. Ф. Ф. Тиллинг стал третьим врачом нашей больницы.

При возобновлении заседаний Петербургского общества психиатров в 1879 году он был избран в действительные члены. Неоднократно выступал на нем с сообщениями и демонстрациями больных. Ф. Ф. Тиллинг избирался в различные комиссии, как, например, комиссия по созданию единообразной формы отчетов русских психиатрических заведений. После отъезда из Петербурга оставался членом общества многие годы.

В этот период опубликовал несколько статей, посвященных нервным и душевным болезням и вопросам судебно-психиатрической экспертизы.

Неоднократно на время болезни и отпуска главных врачей больницы П. А. Дюкова и О. А. Чечотта исполнял обязанности главного врача.

В январе 1884 года Ф. Ф. Тиллинг возвращается в Ригу, где был избран главным врачом психиатрической больницы «Ротенберг» («Сарканкална»), которую возглавлял до своей смерти в 1913 году.

В 1887–1890 годах Ф. Ф. Тиллинг состоял членом Рижского городского муниципального совета, был членом Общества практических врачей г. Риги, несколько лет занимая должность его председателя.

Ф. Ф. Тиллинг оставил несколько десятков научных публикаций, им же была написана история психиатрической больницы «Ротенберг».

Умер Ф. Ф. Тиллинг в Риге 8 июля 1913 года.

Литература

Шерешевский А.М., М.Л. Рохлина. Знаменательные даты психиатрии 1992 года // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1992. — Т. 92, вып. 1. — С. 127–136.

Томашевский Бронислав Викентьевич (1850–1908)

Родился 6 июля 1850 года в Виленской губернии в дворянской семье. По окончании Виленской гимназии поступил в Петербургский практический Технологический институт в 1869 году. В 1872 году перевелся в Императорскую Медико-Хирургическую академию, которую окончил в 1877 году. Затем служил врачом в армии и на флоте. В 1879 году оставил военную службу и был прикомандирован к Медико-Хирургической академии в должности сверхштатного чиновника Медицинского департамента МВД, где проходил обучение в клинике И.П. Мержеевского до 1881 года, когда сдал экзамены на доктора медицины. С 1881 года занял должность ассистента И.П. Мержеевского по курсу психиатрии при Женских врачебных курсах. Одновременно работал в лечебнице Великой Княгини Марии Александровны, герцогини Эдинбургской с правом государственной службы, где состоял в качестве сверхштатного консультанта по нервным болезням.

В 1885 году по приглашению Одесского городского общественного управления занял место старшего врача психиатрического отделения Одесской городской больницы. В Одессе он энергично работал над выработкой плана призрения душевнобольных и создания новой психиатрической больницы, которая была построена позднее во многом благодаря его усилиям.

В 1888 году он по конкурсу занял должность старшего ординатора больницы св. Николая Чудотворца, в которой (с небольшим перерывом в 1893–1894 гг., когда работал младшим ординатором клиники нервных и душевных болезней) проработал до самой своей смерти. На рубеже веков получил предложение занять кафедру психиатрии во Львове, но по состоянию здоровья он отказался, оставшись в должности старшего ординатора больницы св. Николая Чудотворца.

В 1892 году защитил диссертацию на степень доктора медицины «К патологии идиотизма», классический труд, который до настоящего времени цитируется и остается в научном обороте. С 1893 года был удостоен конференцией Военно-Медицинской академии звания приват-доцента. С 1896 года стал читать студентам Санкт-Петербургского университета лекции по судебной психиатрии. Принимал участие в организации Психоневрологического института и вошел в его состав, получив звание профессора. Состоял чле-

ном различных научных обществ — психиатрического, антропологического, философского и др.

Б. В. Томашевский состоял сотрудником журнала «Русское богатство», был членом Союза писателей и врачом при Литературном фонде. Дружил со многими писателями, среди них Д. С. Мамин-Сибиряк.

Сын Б. В. Томашевского — известный лингвист Всеволод Брониславович Томашевский (1891–1927) в 1920-х годах возглавлял Ленинградский государственный университет. Жена его Вера Ивановна Томашевская была беллетристом и драматургом.

Скончался Б. В. Томашевский 15 июня 1908 года в местечке Белица Виленской губернии.

Трошин Григорий Яковлевич (1874–1939)

Биографическую статью о нем можно прочесть во 2-м томе настоящего издания.

Фальк Максимилиан Леонович (Леонтьевич) (1866–?)

В 1889 году закончил медицинский факультет Юрьевского университета, в 1890 году там же защитил под руководством Э. Крепелина диссертацию по вопросам нарушений памяти у «беспокойных умалишенных». С апреля 1891 года начал работу в должности ординатора больницы св. Николая Чудотворца, где проработал вплоть до 1917 года.

М. Л. Фальк принимал участие в переводе руководства Э. Крепелина в 1898 году; в предисловии к русскому изданию Эмиль Крепелин называет М. Л. Фалька «ревностным учеником».

Продолжал М. Л. Фальк и научную работу, публикуя статьи, выступая на Петербургском обществе психиатров, Научном обществе врачей больницы св. Николая Чудотворца, где нередко председательствовал. Его работы были посвящены преимущественно изучению патологии памяти душевнобольных, использованию для этого психологических методик, часть сообщений М. Л. Фалька была посвящена нейроанатомии и нейрофизиологии душевных заболеваний.

М. Л. Фальк был членом Общества охранения народного здравия, составив там положение «О физиологическом действии алкоголя на организм человека». Был членом Общества попечения о народной трезвости, в течение ряда лет возглавлял организованную обществом амбулаторию для лечения алкоголизма.

В 1917 году М. Л. Фальк оставляет больницу, и более достоверных данных о нем не имеем. По данным А. М. Шерешевского, в 1920-х годах умер в эмиграции.

Литература

Шерешевский А. М. Максимилиан Леонович Фальк // Журнал невропатологии и психиатрии. — 1991. — № 1 — С. 128.

Финкильштейн Лев Осипович (Иосифович) (1856–1919)



Родился в 1856 году в Симферополе. Образование получил в Симферопольской гимназии, которую окончил в 1876 году с серебряной медалью. В этом же году поступил своекоштным студентом в Медико-Хирургическую академию, которую и окончил в 1881 году с отличием «cum examine laude».

Получив звание лекаря, 2 года работал в клинике Медико-Хирургической академии у проф. М. И. Горвица и в Мариинском родовспомогательном доме, занимаясь изучением акушерства и женских болезней. С 1884 года сменил специальность и начал заниматься нервными и душевными болезнями в клинике проф. И. П. Мержеевского.

В клинике работал до 1887 года, и в этом же году защитил диссертацию на степень доктора медицины «Материалы к вопросу о расстройствах в сфере органов внешних чувств при некоторых заболеваниях нервной системы и о полях зрения при менструации. Клиническое исследование».

В 1892 году получил место сверхштатного ординатора больницы св. Николая Чудотворца, перейдя в 1906 году на должность старшего ординатора. С 1916 по 1917 год исполнял обязанности главного врача.

Известен не только своими трудами по клинической психиатрии и нервным болезням, но и работами по гигиене. Занимался переводами популярной литературы по гигиене. Принимал участие в коллективном переводе учебника Э. Крепелина.

Был автором ряда статей в энциклопедии Брокгауза и Эфрона.

В 1917 году по причине тяжелой болезни вынужден был отказаться от исполнения обязанностей главного врача, а в 1919 году скончался.

Хвиливицкая Ирина Федоровна
(1908–1989)



В 1930 году закончила обучение в Государственном Институте медицинских знаний. Кафедра психиатрии ГИМЗ располагалась в тот период на базе Невропсихиатрического института им. В. М. Бехтерева, с которым И. Ф. Хвиливицкая и связала свою дальнейшую профессиональную деятельность. Работала в институте с 1934 по 1950 год в различных отделениях, преимущественно в организационно-методическом отделе. В довоенные годы в центре исследований И. Ф. Хвиливицкой были изменения чувствительности при миелитах и сирингомелии, что, вероятно, должно было стать материалом для диссертационного исследования.

В 1941 году была переведена «в усиление» для работы на «оперативных койках» во 2-ю психиатрическую больницу, где проработала до 1942 года. После разрушения здания было принято решение о закрытии больницы. И. Ф. Хвиливицкая вернулась к работе в Психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева. Она принимала участие в разработке плана организации психиатрической службы в блокированном Ленинграде.

По результатам своей работы в организационно-методическом отделе в 1946 году защитила диссертацию на соискание степени кандидата медицинских наук «Первичная психическая заболеваемость и психиатрическая госпитализация в годы войны и блокады». Свою научную работу вела под руководством Р. Я. Голант, Е. С. Авербуха и своего мужа Т. Я. Хвиливицкого. Ее научное наследие — несколько десятков статей, посвященных проблемам организации психиатрической службы, лечению психических расстройств.

Была уволена из института 25 октября 1950 года с должности старшего научного сотрудника по сокращению штатов, что, вероятно, было связано с административной политикой о невозможности работы близких родственников в одном учреждении[13].

С 1950 года И. Ф. Хвиливицкая начала работу сначала в должности заведующего отделением, а вскоре — заместителя главного врача по лечебной работе 2-й психиатрической больницы. Под ее руководством проходили больничные конференции, клинические разборы с участием многих профессоров города. Она лично консультировала до трети больных, проходящих через больницу (это несколько сотен ежегодно). В 1963 году, после

[13] О ее супруге — Т. Я. Хвиливицком см. следующую заметку.

ухода с должности Т. И. Николаевой, несколько месяцев исполняла обязанности главного врача. Последние годы работы в больнице занимала должность медицинского статистика.

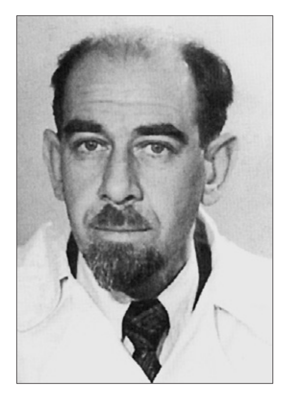
В 1975 году И. Ф. Хвиливицкая вышла на пенсию.

Скончалась в 1989 году спустя несколько месяцев после смерти мужа Т. Я. Хвиливицкого. Похоронена на Преображенском еврейском кладбище в Санкт-Петерубрге.

Литература

Акименко М. А., Шерешевский А. М. История Института имени В. М. Бехтерева на документальных материалах. — Ч. 2. — СПб., 2000. — С. 271.

Хвиливицкий Теодор Яковлевич (1908–1989)



Т. Я. Хвиливицкий родился в Одессе 5 апреля 1908 года в семье врача. Затем переехал в Петроград, где начал учиться в школе, закончил ее уже в Архангельске, по месту службы отца. В 1925 году поступил в Государственный Институт медицинских знаний (бывший медицинский факультет Психоневрологического института). С первых лет учебы проявил интерес к психиатрии, начав заниматься в рефлексологическом кружке, который возглавлял лично В. М. Бехтерев (1857–1927).

По окончании института в 1930 году начинает свою научную деятельность под руководством В. Н. Мясищева (1893–1973) в секторе патопсихологии Института изучения мозга им. В. М. Бехтерева и в отделении для психоневротиков Клинической больницы им. В. М. Бехтерева (позднее вновь реорганизованной в Психоневрологический институт), связав свою судьбу с Психоневрологическим институтом им. В. М. Бехтерева с 1931 года до последних дней жизни, более чем на 50 лет.

В 1938 году Т. Я. Хвиливицкий поступает на работу в психиатрическую клинику под руководством профессора Р. Я. Голант (1955–1953), перейдя от изучения пограничных состояний к «большой психиатрии».

После начала Великой Отечественной войны занимает пост главного врача 2-й психиатрической больницы, заменив ушедшего на фронт Б. М. Добротина. Под его руководством в больнице были развернуты «оперативные койки», были приняты пациенты из больницы им. А. Фореля. В тяжелейших условиях больница проработала первую блокадную зиму, было организовано отделение для страдающих алиментарной дистрофией

сотрудников больницы и членов их семей. Т. Я. Хвиливицкий оставил 2-ю психиатрическую больницу после почти полного ее разрушения весной 1942 года, когда было принято решение о ее закрытии. В том же 1942 году Т. Я. Хвиливицкий возглавил психиатрическую службу города, оставаясь в этой должности все годы блокады. Им был разработан план организации психиатрической помощи в блокированном городе, была проведена масштабная работа по эвакуации психически больных. Продолжал Т. Я. Хвиливицкий заниматься и научной работой, защитив в 1944 году диссертацию на степень кандидата медицинских наук «О расстройствах чувствительности при эндогенной депрессии», принимал участие в работе всех конференций психиатров и невропатологов, проведенных в 1942–1944 годах, читал лекции на курсах повышения квалификации для врачей-психиатров, проводимых в Психоневрологическом институте им. В. М. Бехтерева.

В 1944 году возглавил психиатрический сектор института в должности старшего научного сотрудника. После возвращения из эвакуации Р. Я. Голант передал ей руководство сектором, продолжив работу в должности старшего научного сотрудника под ее руководством. В центре внимания Т. Я. Хвиливицкого оказывались вопросы терапии психических расстройств. Активно внедрялись новые методы лечения. Под руководством Р. Я. Голант была подготовлена докторская диссертация, посвященная лечению психических заболеваний с помощью префронтальной лейкотомии, на основе уникального опыта, накопленного институтом. Однако после запрета префронтальной лейкотомии в СССР в 1950 году Т. Я. Хвиливицкий вынужден был готовить для защиты другую диссертационную работу.

В 1953 году Т. Я. Хвиливицкий начал работу на 1-м психиатрическом отделении Психоневрологического института им. В. М. Бехтерева, уже в 1957 году возглавив его. Дальнейшие изменения названия отражают научные интересы руководителя: отделение острых психозов, отдел экспериментальной терапии психозов, отделение фармакологического исследования и лечения психозов, отделение психофармакологии (современное название — отделение биологической терапии психически больных).

В 1960 году Т. Я. Хвиливицкий защищает диссертацию на соискание степени доктора медицинских наук «Учение о маниакально-депрессивном психозе и клиника его атипичных форм». В своей работе он развивает взгляды Р. Я. Голант, выделив т. н. «отставленные аффективные органические психозы», что явилось продолжением ее учения о диэнцефалопатических психозах. В 1962 году Т. Я. Хвиливицкому было присвоено ученое звание профессора.

Работа в отделении Т. Я. Хвиливицкого велась в самых различных направлениях: изучение психопатологии психозов, особенностей их течения, апробация новых методик лечения, активное использование шоковых методов, изучение методик комбинированного лечения, преодоления рези-

стентности при психических заболеваниях. Активное использование психофармакологического метода как метода исследования психопатологии психозов позволяло углубленно изучать структуру патологических состояний.

В 1975 году Т.Я. Хвиливицкий оставил должность научного руководителя отделения, продолжив работу в должности внештатного консультанта Психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. Т.Я. Хвиливицкий продолжал консультировать и участвовать в жизни института до последних дней своей жизни.

Скончался Т.Я. Хвиливицкий в 1989 году. Похоронен на Еврейском Преображенском кладбище рядом со своей женой И.Ф. Хвиливицкой.

Литература

1. Современные достижения в диагностике и лечении эндогенных психических расстройств. Светлой памяти профессора Т.Я. Хвиливицкого и профессора Р.Я. Вовина: сборник научных трудов. — Т. 139. — СПб.: Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, 2008. — 280 с.
2. Хвиливицкий Теодор Яковлевич // Ведущие ученые Психоневрологического института им. В.М. Бехтерева: антология / Акименко М.А. и др. — СПб.: Изд. ин-та им. В.М. Бехтерева, 2007. — С. 393.
3. Теодор Яковлевич Хвиливицкий. Некролог // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1989. — Том. 89, вып. 11. — С. 156.
4. Теодор Яковлевич Хвиливицкий. К 60-летию со дня рождения // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1968. — Том. 68, вып. 9. — С. 1423–1424.

Чехов Владимир Владимирович (1867–1920)



Родился в 1867 году в Санкт-Петербурге в семье врача, Владимира Николаевича Чехова (1835–1900), одного из первых психиатров в России. Является дальним родственником известного писателя. Учился в гимназии Я.Г. Гуревича. В 1891 году закончил Императорскую Военно-Медицинскую академию.

С 1892 года служил в частной психиатрической лечебнице А.Я. Фрея, затем работал ординатором больницы «Всех Скорбящих». В 1898 году пришел в больницу св. Николая Чудотворца и работал в ней до своей смерти.

Принимал участие в русско-японской войне 1905 года в качестве врача-психиатра.

Работая в больнице св. Николая Чудотворца, как и многие из ее врачей, принимал активное участие в проведении судебно-психиатрических экспертиз и выступал в петербургском Окружном суде.

По воспоминаниям Ф. А. Наумова, вел курсы для младшего служительского персонала в больнице св. Николая Чудотворца.

Опубликовал ряд психиатрических работ по вопросам алкоголизма и сексологии. Написал большую статью «К вопросу об устройстве увеселений для душевнобольных (страничка из быта домов умалишенных)», где проанализировал современное ему состояние вопроса на примере больницы «Всех Скорбящих».

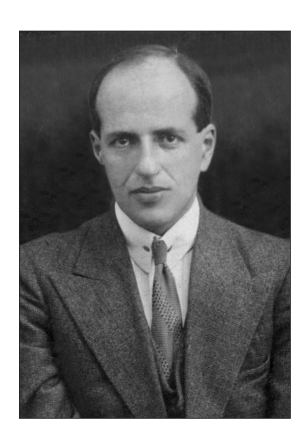
В. В. Чехов упоминается в ряде мемуаров как выдающийся чтец-декламатор, любитель.

Скончался в 1920 году, извещение о его смерти опубликовал «Вестник Петроградских театров».

Чечотт Оттон Антонович (1842–1924)

Биографическую статью о нем можно прочесть во 2-м томе настоящего издания.

Шнирман Александр Львович (1899–1960)[14]



Родился в 1899 году в семье артиста оркестра Мариинского театра. Образование получил в Петроградском медицинском институте. Параллельно начал обучаться в Санкт-Петербургской Консерватории по классу вокала, поскольку обладал великолепным баритоном. Однако в 20-е годы прошлого века одновременное обучение в двух вузах было запрещено, надо было выбирать, и А. Л. Шнирман выбрал профессию врача-психиатра. Был активным учеником В. М. Бехтерева, занимаясь внедрением рефлексологического учения в практическую медицину.

С 1923 по 1933 год работал в рефлексологической лаборатории Института мозга сначала в качестве лаборанта, затем в должности ассистента, зав. лабораторией, ученого секретаря института, причем до 1927 года под лич-

[14] Заметка написана совместно с А. А. Русалиновой.

ным руководством В.М. Бехтерева. В 1925 году при его участии была организована рефлексологическая лаборатория им. В.М. Бехтерева во 2-й психиатрической больнице, где проводились исследования по патологической рефлексологии. В этот период им опубликован ряд статей, посвященных проблемам рефлексологии, в том числе две статьи на английском языке в американском журнале. Он принимал участие в ряде съездов и крупных совещаний по психиатрии и психологии.

Одновременно с работой в Институте мозга А.Л. Шнирман до 1925 года работал ассистентом Института социального воспитания нормального и дефективного ребенка, а с 1927 — преподавателем педтехникума имени Н.А. Некрасова; в 1930 году педтехникум был преобразован в индустриально-педагогический комбинат им. Н.А. Некрасова; в 1932 году вузовские отделения педтехникума были выделены в самостоятельный институт (Ленинградский педагогический институт им. Покровского), где в 1935 году А.Л. Шнирман был назначен и.о. профессора психологии и зав. кафедрой психологии и педологии.

В 1933 году А.Л. Шнирман был назначен на должность главного врача 2-й психиатрической больницы, где ранее работал психиатром. Под его руководством была проведена масштабная реорганизация работы больницы. Из 7 отделений больницы было организовано 17, что значительно улучшило условия пребывания больных. Были выделены специальные отделения для принудительного лечения.

В 1938 году по ходатайству ин-та им. Покровского он был освобожден от работы в больнице и полностью переключился на преподавание психологии и руководство кафедрой.

Во время финской войны 1939–1940 гг. А.Л. Шнирман служил в армии в качестве военного врача; 23 июня 1941 года также был призван на военную службу, с первых дней войны работал врачом в эвакогоспитале, а после ранения на фронте работал сначала в Управлении эвакогоспиталей, затем консультантом Наркома здравоохранения РСФСР, возвратился в Ленинград после окончания войны в конце 1945 года по ходатайству Института им. Покровского, вернувшегося из эвакуации, и снова стал преподавателем кафедры психологии.

В мае 1947 года А.Л. Шнирман защитил кандидатскую диссертацию, чего не успел сделать раньше из-за войны, получил ученую степень кандидата педагогических наук и был утвержден в ученом звании доцента и в должности зав. кафедрой психологии института. Вплоть до смерти он вел большую просветительскую работу в педагогических коллективах школ города и был активным лектором общества «Знание». Вместе с тем он продолжал заниматься любимым делом — участвовал в вокальном ансамбле преподавателей института и в конце 1950-х годов даже пел партию Онегина в концертном исполнении оперы Чайковского.

В начале 1950-х гг. А. Л. Шнирман на волне «борьбы с космополитизмом» был лишен должности зав. кафедрой психологии в связи с тем, что еще со времен работы в Институте мозга в качестве ученого секретаря он был включен в состав редколлегии американского психологического журнала («Journal of General Psychology»), который продолжал печатать его фамилию в списке редакторов в своих изданиях, естественно, не доходивших до наших библиотек в силу наличия «железного занавеса». Позднее Ленинградский педагогический институт им. М. Н. Покровского был объединен с Педагогическим институтом им. А. И. Герцена, соответственно, были объединены и кафедры психологии. В институте им. А. И. Герцена А. Л. Шнирман проработал в должности доцента до конца жизни.

А. Л. Шнирман занимался изучением коллективной психологии, наибольшее внимание уделяя психологии школьника и школьного коллектива. К сожалению, ему так и не удалось защитить докторскую диссертацию, которая была опубликована уже после его смерти, в 1962 году как монография «Коллектив и развитие личности школьника».

Умер А. Л. Шнирман в 1960 году.

Его старшая дочь Алла Александровна Русалинова (Шнирман) — психолог, сотрудник лаборатории социальной психологии НИИ комплексных социальных исследований СПбГУ, почетный работник науки и техники.

Вторая дочь — Белла Александровна — инженер, Почетный изобретатель СССР.

Литература

Шнирман Александр Львович. Некролог // Вопросы психологии. — 1960. — № 1.

Эпштейн Абрам Львович (1886–1966)



А. Л. Эпштейн родился в городе Ромны Полтавской губернии. В 1904 году поступил на медицинский факультет Московского университета, но через 2 года за участие в студенческом революционном движении был отчислен. Свое обучение завершил в Парижском университете.

По окончании обучения работал в Роменской психиатрической больнице. В 1923 году А. Л. Эпштейн переезжает в Ленинград и занимает должность врача во 2-й психиатрической больнице. С этого периода начинается его активная научная работа.

В 1927 году он избирается на должность доцента кафедры психиатрии Института для усовершенствования врачей, расположенной на базе 2-й психиатрической больницы. Именно в период работы на кафедры опубликованы наиболее известные его работы «Сон и его расстройства» (1928) и «Психопатические конституции» (1927), выполненные под руководством проф. К. И. Поварнина.

В 1930 году А. Л. Эпштейн уходит из 2-й психиатрической больницы и занимает должность заместителя главного врача по научно-медицинской работе Ленинградской психиатрической больницы им. И. М. Балинского. В тот период эта больница стала одним из основных центров психиатрической науки города. На ее базе уже была развернута клиника кафедры психиатрии 1-го Ленинградского медицинского института под руководством профессора П. А. Останкова.

С 1929 года в ней проводил свои клинические «Павловские среды» И. П. Павлов. Уже при участии А. Л. Эпштейна начала работу легендарная Павловская клиника под руководством А. Г. Иванова-Смоленского. В 1933 году начала свою работу клиника экспериментальной терапии психозов Всесоюзного института экспериментальной медицины, возглавляемая научным руководителем В. П. Осиповым и заведующим профессором С. Н. Брайнесом. И этот список далеко не полон. На базе больницы проводились занятия со студентами юридического факультета Ленинградского университета, велась научная работа целого ряда научно-исследовательских институтов.

В 1934 году под редакцией А. Л. Эпштейна издается сборник трудов больницы, первый за более чем полувековую ее историю. В нем опубликован целый ряд работ А. Л. Эпштейна, указывающих на разносторонность его научной деятельности. Сотрудники больницы под руководством научных консультантов вели обширную научную работу, направленную на изучение соматической основы психозов.

При активном участии А. Л. Эпштейна была реорганизована работа всей больницы, активно внедрялись новые методы лечения, были созданы клиническая, серологическая, биохимическая лаборатории, открыто рентгеновское отделение. А. Л. Эпштейн предлагал открыть на базе больницы специализированное городское отделение для маляриотерапиии прогрессивного паралича.

В 1934 году доцент А. Л. Эпштейн откликается на приглашение занять кафедру психиатрии Ивановского медицинского института. Заняв кафедру, получает звание профессора. Вероятнее всего, степень доктора медицинских наук ему была присвоена без защиты диссертации, т. к. данное звание было введено только в 1934 году и сведений о его диссертации в доступных нам источниках обнаружить не удалось.

В 1950 году А.Л. Эпштейн покидает Иваново и переезжает в Днепропетровск, заняв должность консультанта крупнейшей в СССР Игреньской психиатрической больницы. В том же 1950 году был избран членом-корреспондентом Украинской психоневрологической академии. В Днепропетровске, как и до этого в Иваново, осталась целая плеяда его учеников.

В 1960 году А.Л. Эпштейн переехал в Калининград, где работал до конца жизни консультантом диспансеров и больниц Калининграда.

Скончался А.Л. Эпштейн 29 сентября 1966 года, в возрасте 80 лет.

Литература

1. Абрам Львович Эпштейн. Некролог // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1967. — Т. 67, вып. 6. — С. 957.
2. *Коган С.И.* Страницы из истории больницы им. И.М. Балинского // Вопросы психиатрии и невропатологии: сборник научных трудов. Вып. XI. — Л., 1965. — С. 15–30.

Содержание

Санкт-Петербургская психиатрическая больница св. Николая Чудотворца. К 140-летию

Том I

История

Корректор *Л. Н. Образцова*

Дизайн издания *М. Б. Малуева*

Оригинал-макет изготовлен ООО «ИПК «КОСТА»
СПб., Новочеркасский пр., д. 58, офис 413,
тел.: (812) 445-10-02

Подписано в печать 2.08.2012. Формат $70 \times 100^{1}/_{16}$.
Бумага офсетная. Печать офсетная. Гарнитура Minion Pro.
Объем 16 п. л. Тираж 300 экз.
Зак. №

Отпечатано с готовых диапозитивов в ООО «ИПК «БИОНТ»
199026, Санкт-Петербург, В.О., Средний пр., д. 86

ISBN 978-5-91258-227-1

9 785912 582271